



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA PATRÍCIA FERREIRA MATOS

***Atividade física e qualidade de vida dos Médicos de
Família do ACES Baixo Mondego***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

ANTÓNIO MIGUEL DA CRUZ FERREIRA, MD, PhD
TELMA FÁTIMA BORGES MENESES ORMONDE, MD

ABRIL/2023

Atividade física e qualidade de vida dos Médicos de Família do ACES Baixo Mondego

Artigo Científico Original

Ana Patrícia Ferreira Matos¹; António Miguel da Cruz Ferreira^{1,2}; Telma Fátima Borges Meneses Ormonde^{1,2}

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

²USF Norton de Matos

Contacto: patriciamatos9@hotmail.com

Área Científica: Medicina Geral e Familiar

ABRIL/2023

Índice

Resumo	4
Abstract	5
Índice de tabelas.....	6
Índice de abreviaturas	6
Introdução.....	7
Metodologia	8
1-Tipo de estudo.....	8
2- Seleção dos participantes	8
3- Instrumentos utilizados	8
4-Submissão à comissão de ética	8
5-Regras para o processamento de dados	8
6-Análise estatística	10
Resultados.....	10
1-Revisão breve da literatura.....	10
1.1 Importância da atividade física	10
1.2 Papel dos médicos de família	11
1.3 Questionários	12
Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)	12
Questionário Internacional de Qualidade de vida/saúde (EQ-5D-3L).....	13
2-Trabalho de campo.....	13
2.1-Características da Amostra.....	13
2.2-Categorização da Amostra.....	13
Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)	14
Questionário Internacional de Qualidade de vida/saúde	17
Discussão	21
Conclusão	25
Agradecimentos.....	26
Referências bibliográficas	27
Anexos	29

Resumo

Introdução: O médico de família (MF) tem um papel crucial na vida do utente, uma vez que o acompanha desde o nascimento até ao fim de vida, desta forma distingue-se dos restantes por construir e sedimentar uma relação duradoura com os seus utentes. Esta é marcada pela confiança e proximidade, focando-se essencialmente na prevenção quando comparada com outras especialidades médicas. Assim, o MF pode servir de “modelo” através da prática de hábitos de vida mais saudáveis que ao transmitir aos seus utentes poderão também motivá-los nesse mesmo sentido.

Métodos: O objetivo do estudo é estudar e caracterizar a atividade física (AF) e perceção de qualidade de vida dos MF que desenvolvem a sua atividade no distrito de Coimbra. Estudo descritivo e transversal realizado numa amostra de conveniência de 78 MF que aceitaram preencher um questionário online, de forma anónima e confidencial. O questionário online compreendia uma seção com dados demográficos e profissionais, seguidos do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e o Questionário Internacional de Qualidade de vida/saúde (EQ-5D-3L).

Resultados: A maioria dos MF (35,9%) são classificados como Ativos, seguindo-se os Irregularmente Ativos A (28,21%). A maioria dos médicos Ativos tem entre 25 e 35 anos, contudo, 7,69% da amostra são Sedentários, sendo que a sua maioria trabalha na USF A. Em ambos os géneros, verifica-se que a maioria são Ativos (43,75% para o género masculino e 33,87% para o feminino), 31,25% dos homens 27,42 % das mulheres são irregularmente ativos A.

Discussão e conclusão: Na prática clínica de um MF, este encontra-se numa posição privilegiada para influenciar positivamente os estilos de vida dos utentes. Os médicos avaliados demonstraram ser, na sua maioria, Ativos. Conclui-se que existe diferença estatisticamente significativa entre número de horas que um MF passa sentado durante a semana e ao fim-de-semana e os vários grupos etários ($p=0,043$ e $p=0,029$, respetivamente), o mesmo se verifica com o género ($p=0,004$ e $p=0,001$, respetivamente). Desta forma, um médico com hábitos saudáveis poderá estar associado a uma prescrição oportuna e adequada de AF, o que poderá levar a uma melhoria da qualidade de vida e de ganhos em saúde para toda a população.

Palavras- chave: Médico de família; atividade física, IPAQ; qualidade de vida.

Abstract

Introduction: The general practice (GP) doctor plays a crucial role in the life of the patient since he follows him from birth to adulthood. Thus, he distinguishes himself from other doctors by building and sedimenting a long-lasting relationship with his patients, marked by trust and proximity, more focused on prevention. Therefore, he can also serve as a model for healthier lifestyle habits and help to motivate patients in the same direction.

Methods The goal is to study and characterize the physical activity (PA) and the perception of quality of life of general practice doctors of the District of Coimbra. A descriptive and cross-sectional study was conducted with a convenience sample of 78 GPs who agreed to complete an anonymous and confidential online questionnaire. The online questionnaire comprised a section with demographic and professional data, followed by the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) and the International Quality of Life/Health Questionnaire (EQ-5D-3L).

Results: Most of the GPs (35.9%) are classified as Active, followed by Irregularly Active A (28.21%). Most Active GPs are between 25 and 35 years old, however, 7.69% of the sample are Sedentary, and most of them work at USF A. In both genders, the majority are Active (43.75% for male and 33.87% for female), 31.25% of males and 27.42 % of females are irregularly Active A.

Discussion and conclusion: In the clinical practice of a GP, he/she is in a privileged position to positively influence the patients' lifestyles. Most of the physicians evaluated proved to be Active. We conclude that there is a statistically significant difference between the number of hours that a doctor spends sitting during the week and at the weekend and the various age groups ($p=0.043$ and $p=0.029$, respectively), as well as with gender ($p=0.004$ and $p=0.001$, respectively). Thus, a physician with healthy habits may be associated with a timely and appropriate prescription of PA, which may lead to improved quality of life and health gains for the entire population.

Keywords: General practice doctor; physical activity, IPAQ; quality of life.

Índice de tabelas

Tabela 1 Distribuição da amostra de acordo com género e grupo etário.	13
Tabela 2 Classificação IPAQ consoante o grupo etário.....	14
Tabela 3 Classificação IPAQ consoante a tipologia de unidade funcional.	14
Tabela 4 Classificação IPAQ consoante o género.....	15
Tabela 5 Distribuição da amostra da frequência de MF na resposta à questão “Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana/ num dia de fim-de semana?”, de acordo com a tipologia da unidade funcional.	15
Tabela 6 Distribuição da amostra da frequência de MF na resposta à questão “Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana/ num dia de fim-de semana?”, de acordo com os diferentes grupos etários.	16
Tabela 7 Distribuição da amostra da frequência de MF na resposta à questão “Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana/ num dia de fim-de semana?”, consoante o género.....	16
Tabela 8 Respostas ao EQ-5D-3L consoante as tipologias de unidade funcional.	17
Tabela 9 Respostas ao EQ-5D-3L consoante o género	18
Tabela 10 Respostas ao EQ-5D-3L consoante o grupo etário.	19

Índice de abreviaturas

AF - Atividade física

IPAQ - International Physical Activity Questionnaire = Questionário Internacional de Atividade Física

MF – Médico de família

OMS - Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Introdução

A atividade física (AF) corresponde a qualquer movimento efetuado pela musculatura esquelética do Homem que culmine num gasto de energia superior ao dos valores de repouso. (1,2) Sendo bastante eficaz do ponto de vista terapêutico, a AF e a sua forma estruturada com vista ao ganho do ponto de vista metabólico (exercício físico) exercem um papel adjuvante a várias terapêuticas. Muitas vezes, pode mesmo funcionar como o tratamento de excelência em diversas patologias, apresentando-se como uma ótima ferramenta para a construção de uma vida com saúde. (3) Este efeito positivo verifica-se em todos os grupos etários, respeitando as limitações inerentes a cada um. (10)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como saúde “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade”. Para a maioria dos portugueses, o quotidiano passa pela rotina de “casa-trabalho-casa”, esquecendo-se que disfrutar da vida é muito importante. A AF entra como uma forma de lazer, que permite ao português sair de casa sem ser para trabalhar, mas sim para ir ao zumba, ao futebol com os amigos, a uma aula de ginásio, uma corrida ou até uma caminhada com familiares, não só melhorando a sua condição física e psicológica, mas, mais importante, contribuindo para ganhos efetivos em saúde.

Pela proximidade com as populações, o MF é, muitas vezes, um modelo que pode inspirar os utentes e as suas famílias a adotar modelos de melhores práticas de comportamentos em e para a saúde. São exemplos, entre outros, a opção por alimentos e refeições saudáveis, a evicção do tabaco, o consumo regrado de refrigerantes e bebidas alcoólicas, mas, também, a prática regular de atividade e/ou exercício físico. (4,5) O aconselhamento médico contribui para que os pacientes aumentem os seus níveis de AF, usufruindo do maior número possível de anos de vida saudáveis e livres de doença. (5-7)

Já dizia Hipócrates que “as partes do corpo que se mantêm ativas envelhecem com saúde enquanto as inúteis ficam doentes e envelhecem precocemente”, no entanto parece que este conceito ainda não é compreendido por todos na atualidade, em pleno século XXI, uma vez que não está amplamente incorporado nos nossos hábitos nem nas recomendações profissionais. A prescrição da AF apresenta alguns obstáculos como a limitação do tempo na consulta, ausência de formação específica na área, noção e compreensão do baixo nível de motivação dos pacientes para alterar o comportamento. (3,8,9)

Por conseguinte, é pertinente avaliar e quantificar a AF dos MF para perceber até que ponto estes profissionais conseguem cumprir com as recomendações universais de prática regular de atividade e exercício físico. Além disso, também a qualidade de vida é um excelente preditor do estado de saúde de um indivíduo. Neste contexto, foi proposto a aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) para avaliação da AF e para a avaliação da qualidade de vida, optou-se pelo Questionário Internacional de Qualidade de vida/saúde (EQ-5D-3L).

Metodologia

1-Tipo de estudo

O estudo iniciou-se com uma pesquisa bibliográfica em plataformas como a PubMed, Tripdatabase assim como a pesquisa de documentos publicados por entidades como a Organização Mundial da Saúde e a Direção Geral de Saúde (DGS) de Portugal.

Posteriormente, realizou-se um estudo descritivo e transversal com incidência nos médicos residentes no distrito de Coimbra. Foi solicitada a participação de médicos a desempenhar funções nas unidades de saúde do ACES Baixo Mondego.

Os questionários, elaborados na plataforma Google Forms foram enviados por via eletrónica (contactos diretos e Gabinetes de Apoio). O período de colheita de respostas realizou-se entre setembro e janeiro de 2022.

O questionário foi realizado de forma anónima e confidencial.

2- Seleção dos participantes

O presente estudo teve como alvo os MF nas unidades de saúde do ACES Baixo Mondego. Os questionários apresentavam uma explicação acerca dos objetivos e procedimentos do estudo em causa. A participação no estudo foi voluntária. A amostra é não probabilística e de conveniência.

3- Instrumentos utilizados

O questionário online compreendia uma secção com dados demográficos e profissionais. A versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) foi utilizada com o intuito de estudar e caracterizar a AF dos MF, ao permitir a sua classificação em Muito Ativo, Ativo, Irregularmente Ativo (tipo A; tipo B) e Sedentário.

Adicionalmente, utilizou-se o questionário EQ-5D-3L para avaliação da qualidade de vida.

Neste seguimento, transportou-se o IPAQ para o Google Forms, que ficou acessível a todos a quem fosse fornecido o respetivo link, desta forma os MF poderiam responder virtualmente quando e onde fosse da sua conveniência, sendo que as respostas ficavam disponíveis automaticamente na plataforma Google Forms. Por conseguinte, evitou-se problemas e limitações como compatibilidade de horários para preenchimento e recolha do questionário e, não menos importante, o desperdício de papel.

Os dados foram recolhidos após preenchimento do inquérito on-line e armazenados numa base de dados/ficheiro do investigador para posteriormente serem analisados.

4-Submissão à comissão de ética

Foi efetuado pedido de parecer à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, segundo a qual o projeto obteve parecer favorável por se tratar de um questionário de participação voluntária de profissionais médicos, sem acesso ou tratamento de dados clínicos de terceiros, não obrigaria a consentimento informado ou autorização pela mesma Comissão. (anexo I)

5-Regras para o processamento de dados

Em seguida estão discriminadas as variáveis analisadas neste estudo e a respetiva codificação:

Variáveis numéricas discretas:

- AF vigorosa (dias/semana);
- AF vigorosa (horas/dia);
- AF vigorosa (min/dia);
- AF moderada (dias/semana);
- AF moderada (horas/semana);
- AF moderada (min/dia);
- Caminhada (dias/semana);
- Caminhada (horas/dia);
- Caminhada (min/dia)

Variáveis numéricas contínuas:

- Idade (anos) – idade do participante à entrada do estudo

Variáveis categóricas nominais:

- Sexo: 1 = Feminino, 0 = Masculino.
- Local de trabalho: 1 = USF A, 2 = USF B, 3 =UCSP, 4 = Medicina privada, 5 = FMUC

Para uma análise mais completa criaram-se as seguintes variáveis:

Variáveis numéricas discretas

- AF vigorosa (total min/dia) = AF vigorosa (horas/dia) x 60 + AF vigorosa (min/dia)
- AF vigorosa (min/semana) = AF vigorosa (total min/dia) x AF vigorosa (dias/semana)
- AF moderada (total min/dia) = AF moderada (horas/dia) x 60 + AF moderada (min/dia)
- AF moderada (min/semana) = AF moderada (total min/dia) x AF moderada (dias/semana)
- Caminhada (total min/dia) = Caminhada (horas/dia) x 60 + caminhada (min/dia)
- Caminhada (min/semana) = caminhada (total min/dia) x caminhada (dias/semana)
- Total de AF (horas/semana) = [AF vigorosa (min/semana) + AF moderada (min/semana) + caminhada (min/semana)] ÷ 60

Relativamente às regras para o processamento de dados referentes ao questionário IPAQ, as questões 1b (“Quanto tempo costuma fazer AF vigorosa por dia?”), 2b (“Quanto tempo costuma fazer AF moderada por dia?”) e 3b (“Quanto tempo costuma caminhar por dia?”) foram respondidas em horas e minutos, posteriormente para um melhor tratamento de dados, estas foram todas devidamente convertidas apenas para minutos.

Procedeu-se ao cálculo da AF total, para tal somou-se os valores da AF vigorosa, atividade moderada e caminhada.

Variáveis Categóricas:

Na elaboração das categorias o número de dias/sessões de AF e a sua duração foram os parâmetros com maior peso para categorizar os indivíduos.

Com recurso ao IPAQ 2007 foi possível classificar os médicos em Muito Ativo, Ativo, Irregularmente Ativo (tipo A; tipo B) e Sedentário, segundo os seguintes critérios:

O indivíduo **MUITO ATIVO** foi aquele que cumpriu as recomendações de AF vigorosa pelo menos 5 dias por semanas e pelo menos 30 minutos por sessão ou AF vigorosa pelo menos 3 dias por semanas e pelo menos 20 minutos por sessão e AF moderada e/ou caminhada pelo menos 5 dias por semana e pelo menos 30 minutos por sessão.

O indivíduo **ATIVO** foi aquele que cumpriu as recomendações de AF vigorosa pelo menos 3 dias por semanas e pelo menos 20 minutos por sessão ou AF moderada e/ou caminhada pelo menos 5 dias por semanas e pelo menos 30 minutos por sessão ou qualquer atividade somada pelo menos 5 dias por semana e pelo menos 150 minutos por semana (caminhada+moderada+vigorosa);

No que diz respeito ao indivíduo **IRREGULARMENTE ATIVO**, assume esta categoria aquele que realiza AF, no entanto que não é suficiente para ser classificado como Ativo, uma vez que não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação é adicionada a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Além disso este grupo foi dividido em dois sub-grupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação: **IRREGULARMENTE ATIVO A**, é aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da AF, pelo menos 5 dias por semana ou 150 minutos por semana, respetivamente. **IRREGULARMENTE ATIVO B**, é aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.

Por último, o indivíduo **SEDENTÁRIO** é aquele que não realizou nenhuma AF física durante pelo menos 10 minutos contínuos.

6-Análise estatística

Para o tratamento dos dados e posterior análise estatística descritiva e inferencial, recorreu-se ao SPSS Software for Windows – version 28.0.1.0.

As variáveis categóricas foram agrupadas sob a forma de frequência relativa (%) e absoluta (n).

Para a análise inferencial foram escolhidos os melhores testes atendendo à amostra, nomeadamente: os testes Qui-Quadrado (χ^2), razão de verosimilhança, Kruskal-Wallis e Mann-Whitney.

O nível de significância foi estabelecido em 5%, isto é, considera-se ter significado estatístico quando p-valor < 0,05.

Resultados

1-Revisão breve da literatura

1.1 Importância da atividade física

A AF regular permite melhorar as capacidades físicas, o desempenho e rendimento nas atividades do quotidiano bem como no trabalho. (1,2) O exercício físico, por sua vez, é definido como uma AF estruturada de acordo com um objetivo, por regra, o condicionamento físico ou o ganho metabólico. (10)

São várias as doenças prevenidas e até tratadas pelo exercício físico, entre as quais são exemplo a diabetes mellitus, dislipidemia ou obesidade. Este benefício verifica-se

também para as patologias do foro psiquiátrico, que afetam uma grande percentagem da população mundial, principalmente no período pós-COVID. (11)

No que toca às atividades em grupo existe ainda o “ganho secundário”, que abarca o equilíbrio emocional, a autoestima e a integração social, os quais são pouco valorizados na prática clínica quotidiana, não obstante são ricamente vantajosos e importantes em qualquer faixa etária. (10)

Os avanços da medicina nas últimas décadas contribuíram para o aumento da prevalência das doenças crónicas e degenerativas, para os quais é importante encontrar opções interessantes de vida que, além do aumento da esperança média de vida, também confirmam a possibilidade da manutenção e/ou recuperação da sua autonomia e independência. Vivemos, portanto, numa altura em que “nunca tantos viveram tanto”. Infelizmente, apesar do vasto corpo de evidências que justificam as suas vantagens, todos os progressos tecnológicos reduziram substancialmente a AF, seja em ambientes residenciais, de trabalho ou de lazer. Enquanto justificamos ao máximo e damos ênfase à importância da prática de exercício físico, quer através das redes sociais, de um amigo, professor ou familiar, é possível constatar uma tendência progressiva da sociedade em diminuir a sua movimentação motora, utilizando cada vez mais quer os transportes privados como os públicos, em detrimento de um simples trajeto a pé. (12) Trata-se, pois, de um preocupante contrassenso.

1.2 Papel dos médicos de família

Segundo Olesen, (13) «O médico de família é um especialista preparado para trabalhar na primeira linha do sistema de saúde e dar os passos iniciais na prestação de cuidados para qualquer problema de saúde que os pacientes possam ter. O MF presta cuidados a indivíduos inseridos numa sociedade, independentemente do tipo de doença ou outras características pessoais ou sociais, e organiza os recursos disponíveis no sistema de saúde a favor do melhor interesse dos pacientes. O MF compromete-se com indivíduos autónomos através dos campos da prevenção, diagnóstico, cura, cuidados e tratamentos paliativos, através da utilização e integração das ciências biomédicas, psicologia e sociologia clínicas»

Mc Whinney (13) afirma que o método clínico «centrado no paciente» é o que melhor corresponde à realidade da especialidade de Medicina Geral e Familiar. Durante toda a consulta, o médico tem em atenção as expectativas, os sentimentos e os medos do doente e qual o impacto da doença na vida deste e da sua família.

O MF é um especialista da relação médico - doente e, por conseguinte, com potencial de atuar como psicoterapeuta e assumir uma posição fundamental como promotor de saúde dos indivíduos e suas famílias, que deliberadamente o escolheram.

O MF é o principal prescritor não só de exames complementares de diagnóstico, como das terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. Neste sentido, é quem tem mais ferramentas ao seu alcance para intervir junto dos doentes, exigindo necessariamente uma elevada capacidade de gestão de recursos. Na sua prática diária realiza a gestão da saúde individual, da lista de utentes, dos recursos económicos do sistema de saúde e do próprio utente, e também a gestão de uma unidade de saúde familiar ou centro de saúde. Assim, ao seguir um modelo de gestão, o MF, terá cada vez mais um papel de sinalizador ao ser o portador dos bilhetes de embarque no complexo sistema de saúde.

Rosenblatt (13) apresenta um modelo no qual adiciona a dimensão ecológica às vertentes tradicionais. Este modelo corresponde ao modelo cívico, no qual está assente

que seria impossível exercer a boa prática médica a nível individual ao menosprezar os diferentes

A resposta a esta panóplia de problemas e obstáculos de saúde levam o MF a adquirir uma postura cívica de cariz humanista, social, cultural ou mesmo política. (13)

1.3 Questionários

Os questionários, entrevistas e diários são instrumentos de avaliação subjetivos muitas vezes utilizados nos estudos epidemiológicos, uma vez que possuem características não reativas, são de fácil administração, visto que não alteram os hábitos de vida do sujeito com o seu preenchimento ou resposta e, geralmente, não carecem de muita motivação e de muito esforço para os preencher. Além disso o seu custo é razoável e permite uma maior participação, é de fácil aplicabilidade e podem ser ajustados à população em questão. (14-16)

Existem fatores muito importantes a ter em consideração na construção de um questionário, nomeadamente o método de administração; período a ser estudado; tipo de atividade a ser estudada; escala de medida e quantificação; as questões devem ter um objetivo específico e uma ordem, devem ser compreensíveis e inteligíveis, devem ser requeridas respostas objetivas, que não gerem dúvidas. A brevidade, a clareza e a ausência de ambiguidade são condição sine qua non para que um questionário seja bem elaborado e seja por conseguinte bem-sucedido. (17)

A fiabilidade e validade são afetadas por fatores cognitivos tal como a habilidade do sujeito para guardar e dar informação, podem igualmente ser influenciados pelo entrevistador, pelo grau de preconceito e inclinação do próprio sujeito, pelo dia da semana em que foi aplicado e pela sequência de administração do questionário. (16,18)

Na atualidade, os questionários são provavelmente o método de avaliação da AF mais usado, em qualquer faixa etária, e por isso foi escolhido como instrumento de avaliação neste trabalho.

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

O IPAQ foi desenvolvido com o intuito de padronização da AF em 1998. Este questionário teve como objetivo criar um instrumento comum que pudesse ser usado internacionalmente para comparar os níveis de AF entre variadas populações e contextos culturais e sociais.

O IPAQ apresenta duas formas: a curta e a longa.

Relativamente à sua forma curta, esta abarca nove itens que permitem avaliar aspetos da AF relacionados com a saúde e comportamentos sedentários. Desta forma, interroga acerca da AF total através de uma forma muito genérica, nomeadamente do tempo passado a caminhar, em atividades físicas de intensidade vigorosa e do tempo sentado, sem fazer a distinção desta nos vários domínios. (anexo II)

A forma curta do IPAQ é utilizada em estudos de monitorização em que o espaço é tipicamente muito limitado; não obstante, a forma longa foi concebida para fornecer informação sobre a evolução dos hábitos diários de AF. (19)

Questionário Internacional de Qualidade de vida/saúde (EQ-5D-3L)

Para tomar decisões médicas, saber se um medicamento realmente funciona, se vale o dinheiro nele investido e qual o impacto de uma certa doença ou condição médica temos que ser capazes de “medir” a saúde dos pacientes.

Uma forma de o fazer é tendo em conta a esperança média de vida e a qualidade de vida. A primeira é fácil de medir objetivamente. Já a segunda é mais subjetiva. O EQ-5D-3L é um questionário breve, simples e popular, usado em mais de noventa países e disponível em mais de 200 linguagens. Pode ser respondido ao telefone, pessoalmente, através do computador, do telemóvel.

Este questionário avalia 5 domínios nomeadamente a mobilidade, os cuidados pessoais, as atividades do dia a dia, a dor/ desconforto e a ansiedade/ depressão. Além também classificam de 0 a 100 a sua saúde no próprio dia.

O EQ-5D-3L é muito versátil e deste modo permite comparar a qualidade de vida e estado de saúde de indivíduos de diferentes meios e com variados estilos de vida, assim como diferentes doenças e respetivos tratamentos. É um método robusto, confiável e de fácil administração. A sua simplicidade torna fácil o seu uso em qualquer lugar como por exemplo num ambiente de consulta (rotina), questionários de saúde, assim como ensaios clínicos. (20)

2-Trabalho de campo

2.1-Características da Amostra

Tabela 1 Distribuição da amostra de acordo com género e grupo etário.

		Frequência	Percentagem	Total
Género	Feminino	62	79,49	78 (100%)
	Masculino	16	20,51	
Grupo etário	25-35 anos	35	44,87	78 (100%)
	36-65 anos	41	52,56	
	Superior a 65 anos	2	2,56	
Tipologia de unidade funcional	USF A	36	46,15	78 (100%)
	USF B	30	38,46	
	UCSP	10	12,82	
	FMUC	1	1,28	
	Medicina Privada	1	1,28	

2.2-Categorização da Amostra

No presente estudo procedeu-se à categorização segundo critérios do IPAQ 2007 (mencionados na metodologia).

Classificou-se os indivíduos como: Muito Ativo, Ativo, Irregularmente Ativo A, Irregularmente Ativo B e Sedentário.

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

Os médicos foram questionados acerca da AF, nomeadamente o número de dias e duração (em minutos) durante uma semana.

Na tabela 2 apresenta-se a análise descritiva e inferencial das respostas, comparando médicos de diferentes grupos etários.

Tabela 2 Classificação IPAQ consoante o grupo etário.

		Classificação IPAQ					Total	Valor P	
		Muito Ativo	Ativo	Irregularmente Ativo A	Irregularmente Ativo B	Sedentário			
Grupo etário	25-35 anos	16,67% (6)	38,89% (14)	22,22% (8)	19,44% (7)	2,78% (1)	36	78	0,550
	36-65 anos	7,50% (3)	32,50% (13)	32,50% (13)	15,00% (6)	12,50% (5)	40		
	Mais de 65 anos	0% (0)	50,00% (1)	50% (1)	0% (0)	0% (0)	2		
Total		11,54% (9)	35,90% (29)	28,21% (22)	16,67% (13)	7,69% (6)	78		

As respostas ao IPAQ foram também comparadas entre as diversas tipologias de unidade funcional. Os resultados encontram-se descritos na tabela 3.

Tabela 3 Classificação IPAQ consoante a tipologia de unidade funcional.

		Classificação IPAQ					Total	Valor P	
		Muito Ativo	Ativo	Irregularmente Ativo A	Irregularmente Ativo B	Sedentário			
Tipologia de unidade funcional	USF A	16,67% (6)	38,89% (14)	8,33% (3)	22,22% (8)	13,89% (5)	36	78	0,115
	USF B	6,66% (2)	36,63% (11)	43,33% (13)	10,00% (3)	3,33% (1)	30		
	UCSP	10,00% (1)	20,00% (2)	50,00% (5)	20,00% (2)	0% (0)	10		
	FMUC	0% (0)	100% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1		
	Medicina Privada	0% (0)	0% (0)	100% (1)	0% (0)	0% (0)	1		
Total		9	28	22	13	6	78		

A comparação entre o sexo feminino e masculino encontra-se descrita na tabela 4.

Tabela 4 Classificação IPAQ consoante o género.

		Classificação IPAQ					Total	Valor P	
		Muito Ativo	Ativo	Irregularmente Ativo A	Irregularmente Ativo B	Sedentário			
Género	Feminino	11,29% (7)	33,87% (21)	27,42% (17)	19,35% (12)	8,06% (5)	62	78	0,719
	Masculino	12,50% (2)	43,75% (7)	31,25% (5)	6,25% (1)	6,25% (1)	16		
Total		9	28	22	13	6	78		

A distribuição da amostra da frequência de MF na resposta à questão “Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana/ num dia de fim-de semana?”, consoante a tipologia de unidade funcional encontra-se na tabela 5.

Tabela 5 Distribuição da amostra da frequência de MF na resposta à questão “Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana/ num dia de fim-de semana?”, de acordo com a tipologia da unidade funcional.

	Tipologia de unidade funcional						Valor p		
	USF A		USF B		UCSP		Semana	Fim-de-semana	
	Semana	Fim-de-semana	Semana	Fim-de-semana	Semana	Fim-de-semana			
Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana/ num dia de fim-de semana? (horas)	1	0	1	1	3	0	0	0,268	0,164
	2	0	4	0	6	0	1		
	3	0	5	0	5	0	1		
	4	1	8	1	3	0	2		
	5	0	4	2	5	2	3		
	6	6	7	1	2	0	1		
	7	3	0	3	1	0	0		
	8	12	2	11	3	4	1		
	9	6	1	3	0	2	0		
	10	6	3	4	1	1	0		
	11	0	0	0	0	0	0		
	12	2	1	3	0	1	1		
Total	36	36	30	30	10	10			

A distribuição da amostra da frequência de MF na resposta à questão “Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana/ num dia de fim-de semana?”, consoante o grupo etário encontra-se na tabela 6.

Tabela 6 Distribuição da amostra da frequência de MF na resposta à questão “Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana/ num dia de fim-de semana?”, de acordo com os diferentes grupos etários.

	Grupo etário							Valor p	
		25-35 anos		36-65 anos		Superior a 65 anos		Semana	Fim-de-semana
		Semana	Fim-de-semana	Semana	Fim-de-semana	Semana	Fim-de-semana		
Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana/ num dia de fim-de semana? (horas)	1	0	0	1	4	0	0	0,043	0,029
	2	0	3	0	9	1	1		
	3	0	5	0	6	0	0		
	4	0	7	2	6	0	0		
	5	0	7	4	5	1	0		
	6	5	5	2	5	0	0		
	7	4	1	3	0	0	0		
	8	13	4	14	2	0	0		
	9	6	1	5	0	0	0		
	10	3	1	8	3	0	1		
	11	0	0	0	0	0	0		
	12	5	2	1	0	0	0		
Total		36	36	40	40	2	2		

A distribuição da amostra da frequência de MF na resposta à questão “Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana/ num dia de fim-de semana?”, consoante o género encontra-se na tabela 7.

Tabela 7 Distribuição da amostra da frequência de MF na resposta à questão “Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana/ num dia de fim-de semana?”, consoante o género.

	Género					Valor p	
		Feminino		Masculino		Semana	Fim-de-semana
		Semana	Fim-de-semana	Semana	Fim-de-semana		
Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana/ num dia de fim-de semana? (horas)	1	1	4	0	0	0,004	0,001
	2	1	12	0	1		
	3	0	11	0	1		
	4	2	11	0	2		
	5	4	7	1	2		
	6	6	8	1	2		
	7	5	2	1	0		
	8	25	4	2	2		
	9	10	0	2	1		
	10	6	1	5	4		
	11	0	0	0	0		
	12	2	2	4	1		
Total		62	62	16	16		

Questionário Internacional de Qualidade de vida/saúde

Utilizou-se o questionário EQ-5D-3L (pode ser consultado no anexo II)

Na tabela 8, 9 e 10 apresenta-se a análise descritiva e inferencial das respostas, comparando entre as diferentes tipologias de unidade funcional, género masculino e feminino e grupo etário, respetivamente.

Tabela 8 Respostas ao EQ-5D-3L consoante as tipologias de unidade funcional.

Questões	Tipologia de unidade funcional					Total	
	USF A	USF B	UCSP	FMUC	Medicina privada		
Mobilidade	Não tenho problemas em andar	33	29	9	1	1	73
	Tenho alguns problemas em andar	3	1	1	0	0	5
	Estou confinado à cama	0	0	0	0	0	0
Cuidados pessoais	Não tenho problemas com os cuidados pessoais	35	30	10	1	1	77
	Tenho alguma dificuldade em tomar banho e vestir-me	1	0	0	0	0	1
	Não consigo tomar banho em vestir-me	0	0	0	0	0	0
Atividades do dia a dia	Não tenho problemas em realizar as minhas atividades habituais	32	30	10	1	1	74
	Tenho alguns problemas em realizar as minhas atividades habituais	4	0	0	0	0	4
	Não consigo realizar as minhas atividades habituais	0	0	0	0	0	0
Dor/Desconforto	Não tenho dor/desconforto	31	28	8	1	1	69
	Tenho dor ou desconforto moderado	5	2	2	0	0	9
	Tenho dor ou desconforto extremo	0	0	0	0	0	0
Ansiedade/Depressão	Não tenho ansiedade nem depressão	24	22	8	1	1	56
	Tenho ansiedade ou depressão moderada	11	8	2	0	0	21
	Tenho ansiedade ou depressão extrema	1	0	0	0	0	1

Foi possível verificar que na questão relativa à mobilidade 73 médicos não tinham problemas em andar, 33 na USF A, 29 na USF B e 9 na UCSP. Nenhum médico está confinado à cama. Na USF A existiam três médicos que apresentavam alguma dificuldade em andar, enquanto que na modelo B e UCSP apenas foi encontrado um médico nestas condições.

Relativamente à questão dos cuidados pessoais, praticamente todos os médicos em todas as Unidades Funcionais não tinham problemas com os cuidados pessoais (77). Só um médico tinha alguma dificuldade em tomar banho e vestir-se, o qual pertencia à USF A.

No que toca às atividades do dia a dia também quase todos os médicos (74) não tinham problemas em realizar as suas atividades habituais. No entanto, quatro médicos apresentavam dificuldades a este nível, todos pertencentes a USF modelo A

Na questão que aborda a dor e o desconforto 69 médicos não tinham dor ou desconforto, mas nove apresentavam estes sintomas e de forma moderada. Entre estes últimos, cinco pertenciam à USF A, dois à USF B e dois a UCSP.

Já na questão referente à ansiedade e depressão, o cenário foi ligeiramente diferente, uma vez que 21 médicos tinham ansiedade ou depressão moderada, 11 trabalhavam na USF A, oito na USF B e dois na UCSP. Era 56 a frequência de médicos que não tinham ansiedade nem depressão. Na USF A um médico tinha ansiedade ou depressão extrema.

Tabela 9 Respostas ao EQ-5D-3L consoante o género

Questões	Género		Total		
	Masculino	Feminino			
Mobilidade	Não tenho problemas em andar	14	59	73	78
	Tenho alguns problemas em andar	2	3	5	
	Estou confinado à cama	0	0	0	
Cuidados pessoais	Não tenho problemas com os cuidados pessoais	15	62	77	78
	Tenho alguma dificuldade em tomar banho e vestir-me	1	0	1	
	Não consigo tomar banho e vestir-me	0	0	0	
Atividades do dia a dia	Não tenho problemas em realizar as minhas atividades habituais	15	59	74	78
	Tenho alguns problemas em realizar as minhas atividades habituais	1	3	4	
	Não consigo realizar as minhas atividades habituais	0	0	0	
Dor/Desconforto	Não tenho dor/desconforto	15	54	69	78
	Tenho dor ou desconforto moderado	1	8	9	
	Tenho dor ou desconforto extremo	0	0	0	
Ansiedade/Depressão	Não tenho ansiedade nem depressão	13	43	56	78
	Tenho ansiedade ou depressão moderada	3	18	21	
	Tenho ansiedade ou depressão extrema	0	1	1	

Foi possível verificar que na questão relativa à mobilidade 73 médicos inquiridos não tinham problemas em andar, (59 mulheres e 14 homens). Apenas cinco médicos tinham alguma dificuldade em andar, sendo a maioria mulheres (três).

Relativamente à questão dos cuidados pessoais, 62 mulheres e 15 homens não tinham problemas com os cuidados pessoais (77). Só um médico tinha alguma dificuldade em tomar banho e vestir-se, sendo este do sexo masculino.

No que toca às atividades do dia a dia 59 mulheres e 15 homens não tinham problemas em realizar as suas atividades habituais. No entanto, quatro médicos tinham alguns problemas em realizar as suas atividades habituais: três mulheres e um homem.

Na questão que aborda a dor e o desconforto 54 mulheres e 15 homens não tinham nenhum desses problemas, mas oito mulheres e um homem apresentavam-nos com intensidade moderada.

Já na questão referente à ansiedade e depressão, 43 mulheres e 13 homens não tinham estas patologias. Entre os que responderam positivamente, 18 mulheres e três homens apresentava estes problemas de forma moderada, e um de forma extrema (pertencente ao género feminino).

Tabela 10 Respostas ao EQ-5D-3L consoante o grupo etário.

Questões	Grupo etário				Total
	25-35 anos	36-65 anos	Mais de 65 anos		
Mobilidade	Não tenho problemas em andar	33	38	2	73
	Tenho alguns problemas em andar	2	3	0	5
	Estou confinado à cama	0	0	0	0
Cuidados pessoais	Não tenho problemas com os cuidados pessoais	36	39	2	77
	Tenho alguma dificuldade em tomar banho e vestir-me	0	1	0	1
	Não consigo tomar banho em vestir-me	0	0	0	0
Atividades do dia a dia	Não tenho problemas em realizar as minhas atividades habituais	36	36	2	74
	Tenho alguns problemas em realizar as minhas atividades habituais	0	4	0	4
	Não consigo realizar as minhas atividades habituais	0	0	0	0
Dor/Desconforto	Não tenho dor/desconforto	35	32	2	69
	Tenho dor ou desconforto moderado	1	8	0	9
	Tenho dor ou desconforto extremo	0	0	0	0
Ansiedade/Depressão	Não tenho ansiedade nem depressão	23	31	2	56
	Tenho ansiedade ou depressão moderada	13	8	0	21
	Tenho ansiedade ou depressão extrema	0	1	0	1

Foi possível verificar que na questão relativa à mobilidade dos 73 médicos que não tinham problemas em andar, 33 tinham entre 25 e 35 anos, 38 tinham entre 36 e 65 anos e dois tinham mais de 65 anos. Dos cinco médicos que apresentavam alguma dificuldade em andar, dois tinham pertenciam à faixa etária dos 25 aos 35 anos e três pertenciam à faixa dos 36 aos 65 anos.

Relativamente à questão dos cuidados pessoais, dos 77 médicos que não tinham problemas com os cuidados pessoais, 36 tinham entre 25 e 35 anos, 39 tinham entre 36 e 65 anos e dois tinham idade superior a 65 anos. Só um médico tinha alguma dificuldade em tomar banho e vestir-se, este tinha entre 36 e 65 anos.

No que toca às atividades do dia a dia 74 médicos não tinham problemas em realizar as suas atividades habituais, destes 36 tinham entre 25 e 35 anos, também 36 tinham entre 36 e 65 anos e dois tinham mais de 65 anos. Existia um médico com idade entre 25 e 35 anos e oito médicos no grupo etário dos 36 aos 65 anos que tinham alguns problemas em realizar as suas atividades habituais.

Na questão que aborda a dor e o desconforto 35 médicos com idade entre 25 e 35 anos, 32 médicos entre os 36 e 65 anos e dois com idade superior a 65 anos não tinham dor ou desconforto. Apenas um médico do grupo etário entre os 25 e 35 anos e oito médicos com idade entre os 36 e 65 anos tinham dor ou desconforto moderado.

Já na questão referente à ansiedade e depressão, 13 médicos com idade entre 25 e 35 anos e oito médicos entre os 36 e 65 anos tinham ansiedade ou depressão moderada. Dos 56 médicos que não tinham ansiedade nem depressão, 23 tinham entre 25 e 35 anos, 31 entre 36 e 65 anos dois tinham idade superior a 65 anos. Apenas um médico tinha ansiedade ou depressão extrema, o qual pertencia ao grupo etário dos 36 aos 65 anos.

Discussão

O MF tem um papel crucial na vida do utente, focando-se mais na prevenção, quando comparado com outras especialidades médicas. Neste sentido, o MF pode servir de modelo para os outros ao adquirir hábitos de vida mais saudáveis pode motivar os seus utentes nesse mesmo sentido. A AF fornece, indubitavelmente inúmeros benefícios ao Homem, qualquer que seja a sua faixa etária, sexo ou estatuto social. Neste sentido, considerou-se pertinente estudar o nível de AF dos MF. Será expectável que médicos com níveis de AF mais elevados sejam mais proativos na prescrição de exercício físico aos seus utentes, com todos os ganhos em saúde que daí advêm e que já são bem conhecidos.

Este estudo mostrou que a realização de AF não se encontra associada ao grupo etário ($p > 0,05$; $P = 0,550$). Tanto os médicos com faixa etária entre os 25 e 35 anos, 36 e 65 e superior a 65 anos realizam igualmente exercício físico (Tabela 2). Desta forma, desmistifica-se que depois de uma certa idade não é aconselhada a realização de AF e que não se torna plausível não a exercer, neste sentido, tanto o jovem, como o idoso têm capacidades para exercitar o corpo e devem fazê-lo, visto que apresenta inúmeras vantagens. No que toca aos idosos (idade superior ou igual a 65 anos), o MF deve prescrever AF que promova o equilíbrio e a coordenação, bem como o fortalecimento muscular, para ajudar a prevenir quedas e melhorar a saúde.

A amostra do estudo apenas incluiu dois médicos com mais 65 anos, no entanto, um deles classificado como Ativo e o outro como Irregularmente Ativo A, ou seja, apesar da idade nenhum era Sedentário. É possível constatar que a faixa etária dos 36 aos 65 anos é a que apresenta maior frequência de médicos Sedentários e que a maior frequência de médicos Muito Ativos pertence ao grupo etário dos 25 aos 35 anos.

De realçar que o envelhecimento leva a alterações na capacidade física, habilidade funcional, nível de AF e índice de massa corporal, o que acarreta repercussões negativas na qualidade de vida. Por outro lado, a AF tem o poder de atrasar as consequências inerentes ao envelhecimento e, portanto, melhorar a qualidade de vida do idoso. (10) A atividade e o exercício físico têm uma ação preventiva e, simultaneamente, uma ação terapêutica, uma vez que diminuem a possibilidade de afeção por algumas doenças e, além disso, constituem um alicerce crucial à sua terapêutica. A eficácia da sua ação preventiva, bem como da sua ação terapêutica tem vindo a ser estudada, sendo os seus efeitos mais notáveis na segunda metade da vida. (11) No entanto, é importante realçar que se o sedentarismo for combatido desde os primeiros anos de vida os benefícios serão mais evidentes. (3,10,11, 26)

Nos idosos, o sedentarismo pode corresponder a uma doença potencialmente responsável por uma grande limitação funcional. No entanto, esta doença pode ser tratada com AF programada, a qual pode evitar a sua instalação, limitar a progressão ou até corrigir as disfunções por ela provocadas. (10, 26)

No entanto, é importante perceber que apesar de capazes, com o decorrer da idade a AF deve ser adaptada ao indivíduo. A diminuição da flexibilidade e da força correspondem às maiores limitações da atividade do quotidiano. Por conseguinte, devem ser privilegiados exercícios contra resistências mecânicas, vulgarmente conhecidos como “exercícios com pesos ou musculação”, com vista a aumentar a força muscular, densidade óssea e a flexibilidade em qualquer idade, mesmo em idosos ou portadores de grandes comorbilidades. É de realçar a importância da personalização do

exercício, com a adaptação das amplitudes dos exercícios, tendo em atenção as limitações e potencialidades de cada um (12,21).

No que diz respeito à tipologia de unidade funcional (Tabela 3), verificou-se que também não existe associação entre os vários modelos de Unidades de Saúde e a prática de exercício físico ($p>0,05$; $p=0,115$). Desta forma, o local de trabalho dos MF não influencia a prática de AF, o que permite concluir que independentemente do local de trabalho e do horário há sempre espaço e tempo para a realização de AF, o fator crucial é a motivação e uma boa orientação. Aqui entra o papel do MF, que com as suas competências técnicas e devido à sua relação de proximidade com o doente, tem o dever e a facilidade de prescrever AF adequada ao indivíduo, tendo em conta as suas capacidades físicas e psicológicas, as comorbilidades, ao tempo disponível e aos meios e condições financeiras que este possui. Uma simples caminhada diária de 30 minutos (fácil e gratuita) tem repercussões positivas na vida do doente, não só a nível físico, mas também psicológico.

Nas USF modelo A encontrou-se a maior percentagem de médicos Muito Ativos ($n=6$, 38,89%), no entanto também é onde se encontra a maior percentagem de Médicos Sedentários (13,89%).

Nas USF modelo B a maioria é Irregularmente Ativo A (43,33%) e Ativo (36,63%), sendo que apenas uma pessoa (3,33%) é Sedentária.

Relativamente ao género (Tabela 4), constatou-se que igualmente não existe associação entre o género masculino e o feminino no que toca à prática AF ($p>0,05$; $p=0,719$). Comprova-se que não é verdade que o homem exercite mais o corpo do que a mulher. Além disso, a AF é benéfica quer para o homem, quer para a mulher. Ambos têm potencialidades e capacidade para o fazer, sendo o fator “querer” o mais importante. “Querer é poder” e, neste contexto, querer deveria ser dever! Quanto ao desporto não existem “desportos para homens” nem “desportos para mulheres”. Um homem pode dançar Ballet tão bem ou até melhor que uma mulher, assim como uma mulher pode jogar futebol tão bem ou melhor do que um homem. Vivemos numa sociedade que caminha cada vez mais em direção à igualdade de género e a AF não é exceção.

Verifica-se que a percentagem de médicos Muito Ativos do género masculino (12,5%) e do feminino (11,29%) são muito próximas. A maioria das mulheres é classificada como Ativa (33,87%), acontecendo o mesmo nos homens (43,75%). É expectável que MF com níveis de AF mais elevados sejam mais proativos na prescrição de exercício físico aos seus utentes.

No que diz respeito ao número de horas que um médico passa sentado durante a semana ou durante o fim-de-semana (Tabela 6 e 7), constata-se que existe diferença estatisticamente significativa entre os vários grupos etários ($p<0,05$, $p=0,043$ e $p=0,029$, respetivamente), e entre o género feminino e masculino ($p<0,05$; $p=0,004$ e $p=0,001$, respetivamente).

No entanto, no que toca à tipologia de unidade funcional (Tabela 5) não existe associação entre o número de horas que um médico passa sentado durante a semana ou durante o fim-de-semana ($p>0,05$; $p=0,268$, $p=0,164$, respetivamente).

É transversal a todos os grupos que os MF passam mais tempo sentados durante um dia de semana do que num dia do fim-de-semana. É importante ter em atenção que o número de horas que o MF passa sentado num dia de semana deve-se, em grande parte, ao seu trabalho, uma vez que em ambiente de consulta o MF está, normalmente,

sentado. Para além do MF, também outros profissionais, como por exemplo, um contabilista, um gestor e um engenheiro informático passam grande parte do seu tempo diário sentado, graças à sua profissão. Neste sentido, é impreterível contornar este fator que parece determinante, mas não o é. Cabe ao MF ter em linha de conta a profissão do seu utente e perceber o porquê da não realização de AF, bem como a razão do grande número de horas que este poderá passar sentado. Juntos, MF e utente devem conversar e descobrir a melhor forma de impedir que o utente se torne sedentário apesar do seu trabalho o propiciar.

O sedentarismo transporta consigo inúmeros efeitos indesejáveis, nomeadamente fenómenos biológicos, fisiológicos e fisiopatológicos, dos quais se pode destacar a redução da capacidade respiratória, da captação de oxigénio pelos tecidos, alterações na coagulação e da composição dos lípidos, bem como desequilíbrios emocionais e transtornos articulares. (12,25, 26)

São várias as causas comuns do sedentarismo, nomeadamente as causas orgânicas que correspondem a alguma lesão que constitui um fator limitante para a atividade motora (ou percebido como tal); as causas culturais, uma vez que existe um certo estímulo da sociedade ou alguns dos seus integrantes para evitar a atividade motora durante o quotidiano, devido ao facto de esta ser percecionada como um sinal de menor status económico, pela não utilização de um carro por exemplo. Dentro das causas culturais podemos também mencionar o exagero de proteção para com os idosos, que os priva das suas potencialidades, levando ao aumento da passividade e dependência o que propicia à diminuição progressiva da sua autonomia. O simples facto de subir ou descer pelas escadas num centro comercial ao invés de utilizar as escadas rolantes ou o elevador pode ser considerado, embora erradamente e infelizmente como uma atitude “retrógrada” ou “atrasada no tempo”. A não esquecer também as causas ambientais, uma vez que existem obstáculos que devem ser valorizados e eliminados no trajeto destinado à locomoção de idosos nomeadamente as irregularidades do solo, inexistência de corrimões, semáforos e passeios para pedestres. É do interesse público e global fomentar a prática de exercício físico e tornar Portugal num país seguro e com fáceis acessos pedestres, dirigidos a qualquer faixa etária, tendo em conta as possíveis limitações das mesmas. (12)

Quanto à análise dos resultados relativos à aplicação do questionário EQ-5D-3L (Tabela 8-10), conclui-se que o grupo etário dos 36 aos 65 anos é o que apresenta mais problemas nas atividades do dia a dia e mais queixas de dor e/ou desconforto. Por outro lado, é o grupo dos 25 aos 35 anos que apresenta mais ansiedade e/ou depressão. Entre estes, 18 mulheres e três homens apresentam estes problemas de forma moderada, e uma mulher de forma extrema.

A maioria dos médicos inquiridos não tem problemas em andar. Quatro médicos apresentam dificuldades nas atividades do dia a dia, todos pertencentes à USF modelo A. Relativamente aos cuidados pessoais, só um médico tem alguma dificuldade em tomar banho e vestir-se, sendo este do sexo masculino.

Segundo a OMS qualidade de vida corresponde “a perceção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Neste sentido, a qualidade de vida depende de fatores como o ambiente e as relações interpessoais do indivíduo, bem como da sua segurança, recursos financeiros, estilo de vida, valores culturais, éticos e religiosos.

É de realçar que a qualidade de vida e a saúde são indissociáveis, uma vez que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida, por sua vez, esta última é fundamental para que um indivíduo tenha a primeira e vice-versa. A qualidade de vida pode ser afetada, por exemplo, por um problema de saúde que impeça o indivíduo de realizar certas atividades de que tanto gosta. Por outro lado, a saúde pode também ser afetada pela qualidade de vida, ou falta dela. Por exemplo, o stress, quer devido ao trabalho, ou ambiente familiar pode implicar repercussões negativas na saúde de um indivíduo, tais como o aumento do risco de certas doenças, de que são exemplo o vasto leque de doenças cardiovasculares.

A AF é também um fator que influencia a qualidade de vida, uma vez além de ser um dos principais fatores de risco modificáveis para as doenças crónicas, ao melhorarmos a nossa condição física, seguindo um estilo de vida mais saudável e Ativo, então a qualidade de vida e o bem-estar também melhoram. (27,28) Apesar disto, a adesão a AF é um processo complexo e multifatorial. (29) A inatividade física, uma alimentação inadequada e a obesidade geralmente coocorrem. (31)

Segundo Pucci e cols, quanto maior o nível de AF, melhor é a perceção de qualidade de vida em idosos e, adultos aparentemente saudáveis. (30) De acordo com Van Oostrom e cols, passados 10 anos de acompanhamento do seu estudo, os adultos que se tornaram fisicamente Ativos afirmam apresentar melhor qualidade de vida, quer a nível físico, quer na Saúde Geral, em relação aos adultos que permaneceram inativos e também, relativamente ao que se tornaram inativos ao longo desse período. (28)

Em relação aos fatores limitantes deste estudo, pode-se destacar uma amostra reduzida, constituída numa maior proporção pelo sexo feminino. Além disso, se os grupos etários fossem mais estreitos e se a amostra incluísse um número maior de MF com idade superior a 65 anos seria mais enriquecedora em termos da possibilidade de conjeturas quanto ao grupo etário.

Propõe-se para futuros trabalhos o estudo da associação entre a realização de AF pelos MF e a prescrição da mesma, bem como analisar outcomes de compliance, adesão e concordância dos respetivos pacientes.

Conclusão

Os MF, pela sua relação de proximidade com o doente, encontram-se numa posição privilegiada para o aconselhamento de AF aos utentes. (4,5) Os profissionais de saúde fisicamente Ativos têm uma melhor perspetiva e sentem-se mais confiantes relativamente à importância da prática de AF e ao seu aconselhamento na consulta, pelo que o fazem mais frequentemente. (22–24) Já um médico sedentário, pode estar menos associado à prescrição da mesma, ou quando a prescreve pode não incentivar ou apresentar os seus benefícios da mesma forma que um médico Ativo.

Não obstante, muitas vezes o reconhecimento da importância e dos benefícios da AF não são suficientes para a sua auto e hetero-prescrição. O sedentarismo é um dos maiores assassinos silenciosos, principalmente dos países desenvolvidos. (12, 25, 26) Estamos perante um presente que preocupa e um futuro incerto se não se tomarem medidas que permitam impedir a evolução da “Era sedentariolítica” que erradamente se associa mais aos adultos e idosos, mas que assombra também os jovens e crianças, não fossem as novas tecnologias um dos grandes obstáculos no combate desta “guerra sedentariolítica”.

Os médicos avaliados são, na sua maioria, Ativos. No entanto, a segunda categoria mais frequente é Irregularmente Ativo A, o que pode ter impacto na sua capacidade e prontidão para o aconselhamento de AF e, além disso, pode influenciar os *outcomes* de compliance, adesão e concordância dos respetivos pacientes.

É importante que o futuro não transforme as nossas sociedades em comunidades de idosos dependentes. Só assim será possível atingir verdadeiramente os benefícios que esta grande revolução etária, com o aumento da esperança média de vida, pode propiciar ao ser humano que além de viver mais, consegue viver melhor.

A AF é um fator que influencia a qualidade de vida, neste sentido é do interesse público e global fomentar a prática da mesma, ao eliminar os obstáculos à sua realização, tornando desta forma Portugal num país seguro e com fáceis acessos pedestres, dirigidos a qualquer faixa etária, tendo em conta as suas possíveis limitações, bem como aumentar a prescrição médica de AF de forma adequada por MF também eles Ativos.

Para terminar, será o MF sedentário capaz de ajudar o seu doente? Será que o provérbio “olha para o que eu digo, não olhes para o que eu faço” se enquadra nesta situação atual?

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador e coorientadora, Dr. António Miguel da Cruz Ferreira e Dra. Telma Fátima Borges Meneses Ormonde, respetivamente, pelo apoio, disponibilidade e orientação incansável durante todo o trabalho.

Agradeço aos meus pais, os melhores ouvintes com os melhores conselhos, que são o meu maior pilar. À minha irmã, o meu modelo a seguir, que sempre me inspirou e ajudou a fazer o melhor possível. Aos meus amigos por todo o suporte e motivação ao longo destes anos. Todos eles tiveram um papel insubstituível na minha vida, em todo o meu percurso académico e na realização deste trabalho.




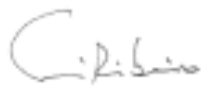
Referências bibliográficas

- 1- Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO;
- 2- Physical activity and health in Europe: evidence for action. WHO. 2006
- 3- Frank E, Tong E, Lobelo F, Carrera J, Duperly J. Physical activity levels and counseling practices of U.S. medical students. *Med Sci Sports Exerc.* 2008;40(3):413–21.
- 4- Suija K, Pechter Ü, Maaros J, Kalda R, Rätsep A, Oona M, et al. Physical activity of Estonian family doctors and their counselling for a healthy lifestyle: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2010;11:48.
- 5- Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sport Med.* 2009;43(2):89–92.
- 6- Walsh JM., Swangard DM, Davisa T, McPhee SJ. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. *Am J Prev Med.* 1999;16(4):307–313.
- 7- Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *Br Med J.* 2003;326(7393):793
- 8- McKenna J, Naylor P, McDowell N. Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *Br J Sports Med.* 1998;32(3):242–7.
- 9- Howitt S, Ethridge E, Nelson E, Gotuaco M, Demello L. Exercise prescription: perceptions and physical activity habits in chiropractic students at CMCC. *J Can Chiropr Assoc.* 2016;60(4):286–93.
- 10- Puciato, D., Borysiuk, Z. & Rozpara, M. Quality of life and physical activity in an older working-age population. *Clin Interv Aging* **12**, 1627–1634 (2017).
- 11- Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet.* 2012;380(9838):219–29.
- 12- Filho, W. J. Atividade física e envelhecimento saudável. *XI Congresso Ciências do Desporto e Educação Física dos países de língua portuguesa* **20**, 73–77 (2006).
- 13- Rebelo, L. O médico de família do futuro. *I Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária.* 159–162 (2001).
- 14- Ainsworth, B., Montoye, H., & Leon, A. (1994). Methods of Assessing Physical Activity During Leisure and Work. In Bouchard, C., Shepard, R. J., & Stephens, T. (Eds), *Physical Activity, fitness, and health* (pp. 146-159). Champaign: Human Kinetics Publishers.
- 15- Ainsworth, B., Bassett, D., Strath, Jr., Swartz, A., O'Brien, W., Thompson, R., Jones, D., Macera, C. & Kimsey, D. (2000). Comparison of three methods for measuring the time spent in physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32, 9, S457-464.
- 16- Kriska, A. (1997). Introduction to a Collection of Physical Activity Questionnaires. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 29, 6, S5-S9
- 17- Washburn, R. & Montoye, H. (1996). The Assessment of Physical Activity by Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 123, 4, 563-576.
- 18- Caspersen, C., Powell, K. & Chirstenson, G. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health – related research. *Public Health Reports*, 100, 2, 126-130
- 19- IPAQ. <http://www.ipac.pt/>
- 20- EQ-5D. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-3l-about/>.

- 21- Mendes R, Sousa N, Barata JLT. *Atividade Física e Saúde Pública. Recomendações para a Prescrição de Exercício.* Acta Med Port. 2011;24(6):1025–30.
- 22- Pojednica RM, Polaka R, Arnsteina F, Kennedya MA, Banthamb A, Phillipsa EM. Practice patterns, counseling and promotion of physical activity by sports medicine physicians. *J Sci Med Sport.* 2017;20(2):123–127.
- 23- McGrady FP, McGlade KJ, Cupples ME, Tully MA, Hart N, Steele K. Questionnaire Survey of PHysical activITy in General Practitioners (PHIT GP Study). *Ulster Med J.* 2007;76(2):91–97.
- 24- Abramson S, Stein J, Schaufele M, Frates E, Rogan S. Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: a national survey. *Clin J Sport Med.* 2000;10(1):40–8.
- 25- Owen N HG, Matthews C, Dunstan, D. Too Much Sitting: The Population Health Science of Sedentary Behavior. *Exerc Sport Sci Rev.* 2009:9.
- 26- Lobelo F, de Quevedo IG. The Evidence in Support of Physicians and Health Care Providers as Physical Activity Role Models. *Am J Lifestyle Med.* 2016;10(1):36-52.
- 27- Oliveira-Campos M, Rodrigues Neto, JF. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. *Revista Baiana Saúde Pública;* 33(4), out-dez 2009.
- 28- Van Oostrom SH, Smit HA, Wendel-los GCW, et al. Adopting an Active Lifestyle During Adulthood and Health-Related Quality of Life: The Doetinchem Cohort Study. *American Journal of Public Health e-View Ahead of Print.* doi: 10.2105/AJPH.2012.301008
- 29- Harold WK, Craig CL, Lambert EV, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet Physical Activity Series Working Group Volume 380, Issue 9838, 21–27 July 2012, Pages 294–305.*
- 30- Rejeski, W. J., Brawley, L. R., & Rocha, A. S. (1996). Relationships between physical activity and health-related quality of life *Exercise and Sport Sciences Reviews, 24, 71-108.*
- 31- Ferreira, A, Chiara VL, Kuschini MCC. Alimentação saudável na adolescência: consumo de frutas e hortaliças entre adolescentes brasileiros. *Revista Adolescência & Saúde, v. 4, nº 2 abril 2007.*

Anexos

ANEXO I- Parecer da Comissão de Ética

 	
PARER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Tendo conhecimento e deliberação favoráveis o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> 28-10-2022 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, L.P.
ASSUNTO:	Título: "Avaliação dos níveis de atividade física dos médicos de família do ACES Baixo Mondego: a realidade pós-pandemia" (Proj 72/2022-ressubmissão) Autores: Ana Patrícia Ferreira Matos, António Cruz Ferreira, Luiz Miguel Santiago (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra).
<p style="text-align: right;">  Dr. Maria Rêgo Regida </p> <p> O projeto anteriormente submetido tinha como objetivo "estudar a <u>correlação ou ausência desta</u> entre o poder que um Médico de Família sedentário ou irregularmente ativo <u>tem</u> na mudança de estilo de vida, com perspetivas de diminuição do peso do seu doente". Esta <u>ressubmissão</u> tem como objetivo "tem como objetivo avaliar a atividade física, bem como a qualidade de vida dos Médicos de família em Portugal". Pretendem estudar a "realidade pós-pandemia". </p> <p> Será usado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), com intuito de estudar e caracterizar a atividade física dos Médicos de Família, e o EQ5D 3i, a fim de caracterizar a qualidade de vida dos Médicos de família. </p> <p> A colaboração dos médicos é voluntária e, assim, apenas responde quem quiser, não havendo penalizações, o que significa que não seria necessário o Consentimento Informado para os médicos. No entanto, enviam o consentimento informado. </p> <p> Não há custos adicionais para o SNS. </p> <p> Não é prejudicada a atividade clínica. </p> <p> O currículo não são necessários porque é um Trabalho Final da IP. </p> <p> Tendo em conta esta resubmissão não encontramos constrangimentos éticos. </p> <p> O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro </p> <p style="text-align: center;">  Prof. Doutor CA Fontes Ribeiro </p>	

ANEXO II- Questionário IPAQ e EQ-5D-3L

Avaliação dos níveis de atividade física dos médicos de família e internos do Centro

Este trabalho, da autoria de **Patrícia Matos**, aluna do 6º ano do MI em Medicina da Faculdade de Medicina de Coimbra, orientada pelos **Prof. Doutores António Cruz Ferreira e Luiz Miguel Santiago**, servirá de base ao trabalho final com vista à conclusão do ciclo de estudos pela aluna.

O mesmo foi submetido à Comissão de Ética da ARS do Centro e, por se tratar de um questionário individual de participação voluntária de profissionais médicos, sem acesso ou tratamento de dados clínicos de terceiros, não obrigaria a consentimento informado ou a autorização pela mesma Comissão.

Estamos interessados em conhecer os níveis de atividade física habitual dos Médicos de família.

As questões referem-se ao tempo que despende na atividade física numa semana. Este questionário inclui questões acerca de atividades que faz no trabalho, para se deslocar de um lado para outro, atividades referentes à casa ou ao jardim e atividades que efetua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto.

As suas respostas são importantes.

|

Por favor, responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa ativa.

Obrigada pela sua participação

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

Atividade física vigorosa refere-se a atividades que requerem muito esforço físico e tornam a respiração muito mais intensa que o normal.

Atividade física moderada refere-se a atividades que requerem esforço físico moderado e torna a respiração um pouco mais intensa que o normal.

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

patrimatos5@gmail.com [Mudar de conta](#)



*Obrigatório

Email *

O seu email

Tipologia de Unidade Funcional *

- USF A
- USF B
- UCSP
- Outra: _____

Género *

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não dizer

Grupo etário *

- Inferior a 25 anos
- 25-35 anos
- 36-65 anos
- Superior a 65 anos

1a Habitualmente, por semana, quantos dias faz atividades físicas vigorosas como levantar e/ou transportar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada? *

(resposta: quantos dias por semana? ex: x dias por semana. Se nenhum passe para a questão 2a.)

A sua resposta

1b Quanto tempo costuma fazer atividade física vigorosa por dia? (resposta em horas e minutos. ex: x horas e y minutos) *

A sua resposta

2a Normalmente, por semana, quantos dias faz atividade física moderada como levantar e/ou transportar objetos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada ou jogar ténis? Não inclua o andar/caminhar. (resposta: quantos dias por semana? ex: x dias por semana. Se nenhum passe para a questão 3a.)

A sua resposta

2b Quanto tempo costuma fazer atividade física moderada por dia? (resposta em horas e minutos. ex: x horas e y minutos)

A sua resposta

3a Habitualmente, por semana, quantos dias caminha durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer. (resposta: quantos dias por semana? ex: x dias por semana. Se nenhum passe para a questão 4a.)

A sua resposta

3b Quanto tempo costuma caminhar por dia? (resposta em horas e minutos. ex: x horas e y minutos)

A sua resposta

3c A que passo costuma caminhar?

- Passo vigoroso, que torna a sua respiração muito mais intensa que o normal;
- Passo moderado, que torna a sua respiração um pouco mais intensa que o normal;
- Passo lento, que não causa qualquer alteração na sua respiração;

Sedentarismo

As últimas questões referem-se ao tempo que está sentado diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem o tempo em que está sentado numa secretária, a visitar amigos, a ler ou sentado/deitado a ver televisão.

4a Quanto tempo costuma estar sentado num dia de semana? (resposta em horas e minutos. ex: x horas e y minutos) *

A sua resposta

4b Quanto tempo costuma estar sentado num dia de fim-de-semana? (resposta em horas e minutos. ex: x horas e y minutos) *

A sua resposta

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE QUALIDADE DE VIDA/SAÚDE (EQ-5D-3L)

Estamos interessados em conhecer os níveis de qualidade de vida e saúde dos Médicos de família. As questões referem-se a cinco componentes, nomeadamente: a mobilidade, cuidados pessoais, atividades do dia a dia, dor/desconforto e ansiedade/depressão. As suas respostas são importantes.

Mobilidade *

- Não tenho problemas em andar
- Tenho alguns problemas em andar
- Estou confinado à cama

Cuidados pessoais *

- Não tenho problemas com os cuidados pessoais
 - Tenho alguma dificuldade em tomar banho e vestir-me
 - Não consigo tomar banho nem vestir-me
-

Atividades do dia a dia (ex: trabalho, estudo, tarefas domésticas, família ou atividades de lazer) *

- Não tenho problemas em realizar as minhas atividades habituais
 - Tenho alguns problemas em realizar as minhas atividades habituais
 - Não consigo realizar as minhas atividades habituais
-

Dor/Desconforto *

- Não tenho dor ou desconforto

- Tenho dor ou desconforto moderado
 - Tenho dor ou desconforto extremo
-

Ansiedade/Depressão *

- Não tenho ansiedade nem depressão
 - Tenho ansiedade ou depressão moderada
 - Tenho ansiedade ou depressão extrema
-

Gostaríamos de saber como se sente hoje. *

Esta escala é numerada de 0 a 100.

(100 significa que a sua saúde está melhor do que pode imaginar.

0 significa que a sua saúde está pior do que pode imaginar.)

Escreva um número de 0-100.

A sua resposta _____