

DM

**Relações Entre  
a Atividade Física e a Qualidade de Vida  
em Praticantes de Desporto Para Todos da RAM**  
O papel de determinantes sociodemográficas

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Lúcia Teixeira da Conceição**

MESTRADO EM ATIVIDADE FÍSICA E DESPORTO



UNIVERSIDADE da MADEIRA

*A Nossa Universidade*

[www.uma.pt](http://www.uma.pt)

novembro | 2020

**Relações Entre  
a Atividade Física e a Qualidade de Vida  
em Praticantes de Desporto Para Todos da RAM**  
O papel de determinantes sociodemográficas

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Lúcia Teixeira da Conceição**  
MESTRADO EM ATIVIDADE FÍSICA E DESPORTO

ORIENTAÇÃO  
Élvio Rúbio Quintal Gouveia

## **Agradecimentos**

Agradecer é reconhecer os que auxiliaram, despertaram motivação, seja voluntariamente ou com pequenas palavras, porém com um enorme significado. A realização deste trabalho não teria sido possível sem o apoio e colaboração de muitas pessoas e instituições envolvidas neste projeto. A todos gostaria de exprimir os maiores agradecimentos e aqui reconhecer o seu essencial contributo.

Os meus primeiros agradecimentos são direcionados para o orientador desta tese, Prof. Doutor Élvio Rúbio Gouveia, pela sua orientação, apoio, paciência, disponibilidade, pelo saber transmitido, motivação, pela sua colaboração na resolução de dúvidas que foram surgindo ao longo deste período e por todas as palavras de incentivo nos momentos menos bons. Desde o momento em que convidei para ser o meu orientador são inestimáveis as horas dedicadas para que este projeto corresse da melhor forma.

À Associação da Madeira de Desporto para Todos e a todos os seus Associados pela colaboração na recolha de dados no MOVEs. Os cumprimentos são extensíveis a todos os seus técnicos colaboradores que facilitaram a recolha de informação. Finalmente agradecemos a participação de todos os praticantes de Desporto para Todos.

Não poderia deixar de reconhecer, a amizade dos meus colegas que cursaram o Mestrado em Atividade Física e Desporto da Universidade da Madeira, todos são muito importantes na busca deste objetivo.

À minha amiga e colega de licenciatura Carolina Ferraz, embora tivéssemos seguido percursos académicos distintos, esteve sempre presente, no companheirismo, força e apoio nos momentos mais difíceis e nos melhores momentos académicos.

Finalmente, dedico esta tese ao meu companheiro Mário Santos, companheiro de vida, agradeço todo o seu apoio, compreensão e amor demonstrado ao longo de tantos anos e por tudo o que representa para mim.

## Lista de Abreviaturas e Siglas

---

AF	Atividade Física
QdV	Qualidade de vida
OMS	Organização Mundial da Saúde
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
DpT	Desporto para Todos
AMDpT	Associação da Madeira de Desporto para Todos
RAM	Região Autónoma da Madeira
CF	Componente Física
UE	União Europeia
IAFT	Índice de Atividade Física no Trabalho
IAFD	Índice de Atividade Física no Desporto
IAFTL	Índice de Atividade Física no Tempo de Lazer

---

## Lista de Tabelas

Tabela 1 Características dos participantes (n=381), relação entre QdV- SF-12 e Atividade física e características sociodemográficas .....	28
Tabela 2 Diferenças entre as médias da percepção da Qualidade de Vida SF-12 e Determinantes sociodemográficas .....	30
Tabela 3 Diferenças entre as médias dos Índices de Atividade Física e Determinantes sociodemográficas .....	32
Tabela 4 Análise de regressão hierárquica com dimensões de atividade física, perfil de saúde, educação, sexo e idade, predizendo o score total de qualidade de vida (SF-12).	33
Tabela 5 Análise de regressão hierárquica com dimensões da atividade física, perfil de saúde, educação, sexo e idade a predizerem a componente física da qualidade de vida (SF-12).....	35
Tabela 6 Análise de regressão hierárquica com dimensões da atividade física, perfil de saúde, educação, sexo e idade a predizerem a componente mental da qualidade de vida (SF-12).....	37

## **Lista de Anexos**

<b>Anexo I: Folha de Informação ao participante e consentimento informado .....</b>	<b>63</b>
<b>Anexo II: Questionário DpT Adultos .....</b>	<b>68</b>

# Índice Geral

<b>Agradecimentos .....</b>	<b>I</b>
<b>Lista de Abreviaturas e Siglas .....</b>	<b>II</b>
<b>Lista de Tabelas .....</b>	<b>III</b>
<b>Lista de Anexos .....</b>	<b>IV</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>VII</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>VIII</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>IX</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>X</b>
<b>1 Capítulo: Introdução .....</b>	<b>11</b>
1.1 Pertinência da Pesquisa e Inter-Relações Chave .....	11
1.2 Objetivo Geral.....	13
1.3 Hipótese de estudo .....	14
1.4 Estruturação da Dissertação .....	14
<b>2 Capítulo: Estado de Arte .....</b>	<b>16</b>
2.1 Delimitação conceptual e operativa dos itens centrais do estudo: Atividade física, Sedentarismo e Qualidade de Vida relacionada com a saúde .....	16
2.1.1 Atividade Física.....	16
2.1.2 Sedentarismo .....	19
2.1.3 Qualidade de vida relacionada com a saúde .....	20
<b>3 Capítulo Metodologia Geral.....</b>	<b>23</b>
3.1 Desenho do Estudo e Caracterização da Amostra .....	23
3.2 Considerações Éticas .....	23
3.3 Critérios de Inclusão da Amostra.....	24
3.4 Identificação e Caracterização dos Instrumentos de Avaliação.....	24
3.5 Variáveis em Estudo .....	25
3.6 Aspectos Gerais de Organização do Estudo .....	25

3.7	Análise Estatística.....	26
<b>4</b>	<b>Capítulo: Resultados.....</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>Capítulo: Discussão dos Resultados e Implicações Práticas.....</b>	<b>39</b>
5.1	Discussão dos Resultados obtidos .....	39
<b>6</b>	<b>Capítulo: Considerações finais.....</b>	<b>48</b>
6.1	Implicações práticas.....	49
<b>7</b>	<b>Bibliografia .....</b>	<b>51</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>62</b>
	<b>Anexo I: Folha de Informação ao participante e consentimento informado .....</b>	<b>63</b>
	<b>Anexo II: Questionário DpT Adultos .....</b>	<b>68</b>

## RESUMO

Atualmente a atividade física (AF), a saúde e a qualidade de vida (QdV) são considerados importantes preditores do bem-estar e de condições sociais e profissionais benéficas ao desenvolvimento de uma população mais saudável. Este estudo analisou as relações entre os níveis de AF e de QdV nos praticantes regulares de Desporto Para Todos na Região Autónoma da Madeira considerando as determinantes sociodemográficas.

Este estudo, de natureza transversal, incluiu 381 participantes, 148 homens e 233 mulheres, com os seguintes intervalos etários: 18-39 anos, 40-59 anos e  $\geq 60$  anos. A QdV foi avaliada através do SF-12 (versão reduzida) e a AF através do questionário de Baecke modificado. Foram utilizados o t-teste de medidas independentes, ANOVA e análises de regressão múltipla hierárquica.

Os homens ( $p=.001$ ), as pessoas mais novas ( $p<.001$ ), as pessoas com mais conhecimento sobre o tipo e a quantidade de AF necessária ( $p=.009$ ) e as pessoas com um nível educacional mais alto ( $p<.001$ ) reportaram uma melhor QdV. Foram também identificados níveis superiores de AF nos homens ( $p=.001$ ), nas pessoas mais novas ( $p=.014$ ) e nos praticantes que possuem uma prática desportiva passada há mais de 4 anos ( $p=.024$ ).

Análises de regressão múltipla hierárquica identificaram que o índice AF desportivo, o nível educacional, o *score* do PAR-Q, a depressão e o sexo eram preditores importantes do *score* total da QdV (componentes física e mental). A variação total explicada pelo modelo na QdV (SF-12) e respetivas componentes variou entre 23% na componente mental e 46% na componente física.

Este estudo confirma as relações positivas entre o índice desportivo da AF e a QdV em praticantes de Desporto Para Todos, independentemente de determinantes sociodemográficas e de saúde, tais como a depressão, o nível educacional, o sexo e a idade.

Palavras-Chave: Atividade Física; Qualidade de Vida; Saúde; Determinantes Sociodemográficas

## SUMMARY

Physical exercise (PE), health and quality of life (QoL) are nowadays considered important predictors of wellbeing and of social and professional conditions that favour the development of healthier populations. This study analysed the relation between the levels of PE and QoL among those who regularly do Sport For All (*Desporto Para Todos*) in the Autonomous Region of Madeira, taking the sociodemographic determinants into account.

This cross-sectional study included 381 participants – 148 men and 233 women – in the following age ranges: 18-39 years-old, 40-59 years-old, and > 60 years-old. QoL was evaluated through a reduced version of SF-12, and PE was assessed through a modified Baecke questionnaire. For data treatment, the independent t-test, ANOVA and multiple hierarchical regression analyses were used.

Men ( $p=.001$ ), younger people ( $p<.001$ ), persons who were better informed about the type and quantity of necessary PE ( $p=.009$ ) and those with a higher education level ( $p\leq.001$ ) showed a better QoL than the others. Higher PE levels were found in men ( $p=.001$ ), in younger people ( $p=.014$ ) and in persons who practised sport since the last 4 years or more ( $p=.024$ ).

The multiple hierarchical regression analyses indicated that the sport's PE, the education level, the PAR-Q score, depression and gender were important predictors of the total QoL score (physical and mental components). In the model, the total variation explained by QoL (SF-12) and its components ranged between 23% (mental component) and 46% (physical component).

This study confirms the positive relations between the sport index PE and QoL in those who practise Sport For All, regardless of certain sociodemographic and health determinants such as depression, education level, gender and age.

Key-words: Physical activity; Quality of life; Health; Sociodemographic determinants

## RÉSUMÉ

À présent, l'activité physique (AP), la santé et la qualité de vie (QdV) sont considérées comme des importants estimateurs du bien-être et des conditions sociales et professionnelles favorables au développement d'une population plus salubre. Cette étude a analysé le rapport entre les niveaux de AP et de QdV chez les pratiquants réguliers de Sport Pour Tous (*Desporto para Todos*) dans la Région Autonome de Madère, en considérant les déterminants sociodémographiques.

Cette étude transversale a compris 381 participants, 148 hommes et 233 femmes, selon les échelons d'âge suivants: 18-39 ans, 40-59 ans et > 60 ans. La QdV a été évaluée par SF-12 (version réduite) tandis que AP a été évaluée par un questionnaire de Baecke modifié. Le traitement des données a été accompli avec le test-t pour des échantillons indépendants, l'ANOVA et analyses de régression multiple hiérarchique.

Les hommes ( $p=.001$ ), les personnes plus jeunes ( $p<.001$ ), les gens qui connaissaient mieux le type et quantité de AP nécessaire ( $p=.009$ ) et les personnes avec un niveau d'instruction plus haut ( $p\leq.001$ ) ont montré meilleure QdV. Les niveaux plus hauts de AP ont été identifiés chez les hommes ( $p=.001$ ), les personnes plus jeunes ( $p=.014$ ) et les gens qui pratiquent quelque sport depuis plus de 4 ans ( $p=.024$ ).

Les analyses de régression multiple hiérarchique ont montré que l'index sportif AP, le niveau d'instruction, le score du PAR-Q, la dépression et le genre étaient des estimateurs importants du score total de la QdV (facteurs physique et mental). La variation totale expliquée dans le modèle pour la QdV (SF-12) a varié entre 23% (facteur mental) et 46% (facteur physique).

Cette étude confirme les rapports positifs entre l'index sportif AP et la QdV chez les pratiquants de Sport Pour Tous, indépendamment des déterminants sociodémographiques et de santé, comme la dépression, le niveau d'instruction, le genre et l'âge.

Mots-clés: Activité physique; Qualité de vie; Santé; Déterminants sociodémographiques

## RESUMEN

En la actualidad, la actividad física (AF), la salud y la calidad de vida (CdV) son considerados importantes indicadores del bien estar y de las condiciones sociales y profesionales favorables al desarrollo de una población más saludable. En este estudio se analizaron las relaciones entre los niveles de AF y CdV de los practicantes regulares de Deporte Para Todos (*Desporto Para Todos*) en la Región Autónoma de Madeira, teniendo en cuenta los determinantes sociodemográficos.

De manera transversal, este estudio ha incluido 381 participantes, 148 hombres y 233 mujeres, de tres categorías de edad: 18-39 años, 40-59 años y > 60 años. La CdV se evaluó con SF-12 (versión reducida) y la AF usando el cuestionario de Baecke modificado. Fueron utilizados el t-test de medidas independientes, ANOVA y análisis de regresión múltiple jerárquica.

Los hombres ( $p=.001$ ), las personas más jóvenes ( $p<.001$ ), aquellas que poseían un mayor conocimiento sobre el tipo y la cantidad de AF necesaria ( $p=.009$ ) y las personas con un mayor nivel de educación ( $p\leq.001$ ) refirieron una mejor QdV. También se identificaron niveles superiores de AF en los hombres ( $p=.001$ ), en las personas más jóvenes ( $p=.014$ ) y en los practicantes de deporte desde hace más de 4 años ( $p=.024$ ).

Los análisis de regresión múltiple jerárquica identificaron al índice AF deportivo, al nivel de educación, al *score* del PAR-Q, a la depresión y al sexo como importantes predictores del *score* total de la CdV (componentes física y mental). La variación total explicada en el modelo por CdV (SF-12) y sus componentes varía entre 23% en la componente mental y 46% en la componente física.

El estudio confirma las relaciones positivas entre el índice deportivo de la AF y la CdV en practicantes de Deporte Para Todos, independientemente de determinantes sociodemográficos y de salud, tales como la depresión, el nivel educacional, el género o la edad.

Palabras-clave: Actividad física; Calidad de vida; Salud; Determinantes sociodemográfico

# 1 Capítulo: Introdução

## 1.1 Pertinência da Pesquisa e Inter-Relações Chave

A Atividade Física (AF) regular é um fator de prevenção e auxiliar na melhoria da qualidade de vida (QdV) em diversas doenças crônicas. Apesar da sua divulgação e enfoque dos seus benefícios, a população por vezes não opta por hábitos regulares de AF.

A sociedade com o passar do tempo, está constantemente a transformar-se, provocando alterações na QdV e, conseqüentemente, adaptações ao nível dos seus comportamentos. De modo a evitar o sedentarismo e hábitos de vida pouco saudáveis, numa sociedade em constante transformação e muito apoiada pela tecnologia, com ocupações de lazer e recreação cada vez mais sedentárias, urge, na nossa perspetiva, promovermos hábitos de vida mais saudáveis, particularmente, integrando a prática regular de AF.

A promoção da AF regular é atualmente um tópico imprescindível para todos os profissionais da área da saúde e do exercício, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) cerca de 60% dos adultos não atingem os níveis recomendáveis, sendo necessário agir no sentido de promover a prática regular e conseqüentemente, o aumento dos benefícios associados (WHO, 2014).

De uma maneira geral, nas últimas décadas a sociedade tem apresentado alterações no âmbito do seu estilo de vida com conseqüências relevantes para a saúde, sendo que a adoção de um estilo de vida mais ativo proporciona diversos benefícios na saúde (Sousa & Borges, 2016), uma vez que é considerada uma importante componente para a melhoria da QdV e da independência funcional. A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) é, atualmente, um conceito emergente, em que o mais importante é “*dar mais vida aos anos*” ou “*viver mais e melhor*”. Contrariamente a um modelo biomédico convencional, a avaliação da QVRS está interligada com conceito de saúde positiva, bem-estar, funcionalidade total do organismo, eficiência do corpo e da mente (Bowling et al., 2003).

De acordo com a Organização Mundial Saúde (WHO, 2014), no mundo, apenas um em cada três adultos é suficientemente ativo, sendo que a realidade dos países europeus não difere muito. Num inquérito realizado pela Comissão Europeia, Special

Eurobarometer 472, com 28 Estados-membros, concluiu-se que quase metade dos europeus não realizam AF ou desporto e a proporção está a aumentar gradualmente nos últimos anos. Contudo, o estilo de vida da população europeia traduz-se em comportamentos cada vez menos ativos, estando a economia sustentada em profissões muito sedentárias. Em relação a Portugal, os resultados sobre o sedentarismo são preocupantes cerca de 68% dos portugueses afirmam nunca fazer exercício ou praticar desporto (European Commission ([EC], 2017).

O último Eurobarómetro apontou a falta de tempo (43% da população) e a falta de interesse (33% da população) como as principais barreiras à prática de AF apontadas pelos adultos portugueses (EC, 2018), elevando os níveis de sedentarismo da população. Parece, também, existir um desconhecimento sobre as recomendações de AF, isto porque, apenas 2% da amostra do Barómetro Nacional da Atividade Física conhecia o nível de AF semanal de intensidade moderada aconselhado pela OMS para a população adulta.

Considerando a evidencia atual sobre a relação entre a AF e a saúde, uma população com níveis de AF abaixo dos recomendados tem como consequência maiores custos de saúde, quer através de custos diretos, na utilização dos serviços de saúde relacionados com o surgimento ou agravamento das patologias, quer por meio de custos indiretos, por exemplo, a produtividade limitada devido à condição de saúde. A OMS estima que, num país com cerca de 10 milhões de habitantes, em que cerca de 50% seja insuficientemente ativo, exista um custo anual de 900 milhões de euros, o equivalente a 9% do orçamento do Ministério da Saúde para 2017, no caso específico de Portugal (SNS, 2018).

A AF que realizamos nos diferentes contextos da vida cotidiana, profissional, recreativa e competitiva nas diferentes idades, requerem libertação energética leve, moderada ou intensa, que vai depender da duração, da intensidade e da relação carga-exercício-descanso, frequência, estado de saúde, idade e condição física atual. Quando se realizam mais de seis meses de AF de forma individualizada, sistemática e progressiva, ocorrem transformações importantes no organismo, tais como modificações nos sistemas cardiorrespiratório, endócrino-metabólico, imunológico e músculo-esquelético (Sandoval, 2014).

Neste âmbito, é necessário um investimento ao nível da prevenção primária e secundária, encarada numa perspetiva de investimento a médio - longo prazo. Todos estes aspetos são fundamentais para a redução dos custos associados aos cuidados médicos, promovendo a esperança de vida, reduzindo desta maneira as doenças crónicas, sem comprometimento da saúde e, principalmente, com uma maior QdV. Considerando que a prevenção é a chave principal para a diminuição dos gastos públicos na área da saúde, torna-se fundamental utilizar instrumentos de intervenção, dos quais, a AF, sendo um excelente aliado para uma ótima saúde física e mental.

Fruto da investigação já documentada, hoje, existem poucas dúvidas sobre a relação da prática de AF como aspeto fundamental para a promoção da saúde, bem-estar quer a nível físico como a nível psicológico da população. Neste sentido, a Associação da Madeira de Desporto para Todos (AMDpT), através dos seus associados, tem assumido um papel determinante no domínio da promoção e da organização de AF e desportivas, com finalidades lúdicas, formativas e sociais, assim como, da promoção da QdV dos praticantes de desporto para todos (DpT) na Região Autónoma da Madeira (RAM). É fundamental promover a prática da AF junto de toda a população, quer para fins de lazer, de saúde, ou com vista a melhorar as prestações, colocando à sua disposição instalações adequadas, programas diversificados e monitores, dirigentes ou “animadores” qualificados (Artigo 6.º, Carta Europeia do Desporto, 1992).

## 1.2 Objetivo Geral

Mediante as informações supracitadas, verifica-se que a prática de AF é um dos comportamentos que podem contribuir para a QdV da população, bem como promover a saúde dos mesmos. Mas a evidência acerca da relação entre a prática regular de AF e a QdV ainda são escassas principalmente nas faixas etárias do presente estudo. Adicionalmente, este estudo tem a particularidade de estudar o comportamento da AF e da QdV numa amostra de pessoas que já são fisicamente ativas. Diante do exposto anteriormente, o propósito da presente investigação consiste em determinar as relações entre a AF e QdV dos praticantes de DpT da RAM em função das determinantes sociodemográficas, tais como o sexo, a idade, o nível educacional, o conhecimento sobre a AF e número de anos de prática desportiva passada.

### 1.3 Hipótese de estudo

Em função da revisão da literatura sobre as relações entre a AF e a QVRS, considerando aspetos relacionados com a saúde e determinantes sociodemográficas, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

**H<sub>1</sub>:** os homens e as pessoas mais jovens têm um nível superior de AF e QVRS comparativamente às mulheres e às pessoas mais velhas;

**H<sub>2</sub>:** existem diferenças significativas na AF e QVRS em praticantes regulares de DpT em função do conhecimento que estes detêm sobre a quantidade e o tipo necessário de AF que devem realizar;

**H<sub>3</sub>:** o número de anos de prática desportiva passada influencia positivamente a AF e QVRS atual em praticantes regulares de DpT;

**H<sub>4</sub>:** o nível educacional está positivamente correlacionado com o nível de AF e de QVRS em praticantes de DpT;

**H<sub>5</sub>:** a AF, depois de controlados fatores relacionados com a saúde e variáveis sociodemográficas, é um preditor importante na explicação da variação da QVRS.

### 1.4 Estruturação da Dissertação

O presente estudo está estruturado em 5 capítulos e procura dar resposta aos formulados e, simultaneamente, conceder consistência teórica ao quadro prático no qual o estudo está inserido.

O capítulo I integra a introdução percorrendo a problemática em estudo, a pertinência do estudo, interesse científico e inter-relação chave. Além de focar nas hipóteses da pesquisa que nos levaram à elaboração deste estudo, ao longo da introdução apresentamos os aspetos mais pertinentes do conhecimento atual sobre a AF, QVRS e determinantes sociodemográficas procedendo aos objetivos e hipóteses.

No capítulo II, o estado de arte aborda as associações e definições dos itens centrais do presente estudo, AF e QVRS.

No capítulo III, é descrita a metodologia geral, onde se realiza uma caracterização da amostra, o delineamento da pesquisa, descrevendo de uma forma mais

detalhada todos os procedimentos utilizados, as variáveis em estudo, os instrumentos e os protocolos de avaliação, e, ainda, o tratamento estatístico dos dados.

No capítulo IV, serão apresentados os principais resultados desta investigação com base nos dados recolhidos após o tratamento estatístico das variáveis envolvidas no presente estudo.

No capítulo V, trata-se da discussão dos resultados obtidos.

O capítulo VI são apresentadas as considerações finais do presente estudo bem como as implicações práticas.

## 2 Capítulo: Estado de Arte

### 2.1 Delimitação conceptual e operativa dos itens centrais do estudo: Atividade física, Sedentarismo e Qualidade de Vida relacionada com a saúde

#### 2.1.1 Atividade Física

A AF pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta num gasto energético acima dos níveis de repouso (Caspersen et al., 1985).

A AF é qualquer movimento corporal produzido pela contração dos músculos esqueléticos e que resulta num aumento substancial das necessidades calóricas para além do gasto energético em repouso (ACSM, 2014).

Bouchard e Shepard (1994) definem a AF fisiologicamente como “*qualquer corpo de movimento fornecido pelos músculos esqueléticos que resulta em um aumento substancial sobre o gasto de energia de repouso*”. Com as definições anteriormente transcritas, todos os movimentos corporais que o indivíduo realiza ao longo do dia, tais como, tarefas diárias, desportivas, lúdicas, profissionais, entre outras, são consideradas como AF.

O International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) Group (2005) define quatro domínios de AF: AF no tempo livre ou de lazer, doméstica, no trabalho e de transporte. De uma configuração diferente, o U.S. Department of Health and Human Services (2008) define em duas categorias, a atividade basal e AF benéfica para a saúde. A atividade basal está relacionada com atividades de baixa intensidade, tais como, caminhar lentamente, levantar objetos leves, e também curtos episódios de atividade moderada ou vigorosa, como subir escadas. A AF benéfica para a saúde reúne toda a AF que provoca benefícios para a saúde de quem realiza. Nesta categoria incluímos as caminhadas rápidas, corrida, ciclismo e dança.

De um ponto de vista biomecânico, a AF pode ser adquirida através de informações relativas à velocidade, aceleração, força mecânica concebido pelo corpo de um indivíduo. Segundo um fisiologista a AF em termos de gasto de energia, usa medidas tais como, o consumo de O<sub>2</sub>, gasto de energia metabólica (kilocalorias ou kJ/min), força metabólica (kcal/min ou kJ/min) ou os diversos gastos de energia de repouso

(MET). Na abordagem behaviorista aborda o tipo e o contexto da atividade (Malina, Bouchard, & Bar-Or, 2004).

No presente estudo, a abordagem será na AF que traz benefícios para saúde, tornando-se essencial definir os tipos de AF e a quantidade mínima indispensável para promover benefícios. Deste modo um aspeto fundamental da AF na perspetiva da saúde é a regularidade. Só com uma prática regular e com o volume adaptado pode ter um impacto positivo na saúde do indivíduo (USDHHS, 2018). A redução do risco de doenças cardiovasculares e oncológicas, requerem alguns anos de AF regular, no entanto, o aumento da aptidão física, aumento da força muscular e redução de pressão arterial, podem ser obtidos com semanas ou meses de prática de AF (USDHHS, 2018).

Todos os adultos (18-64 anos) devem evitar o sedentarismo, sendo que as recomendações passam pela prática de 150 minutos por semana de atividade aeróbia de intensidade moderada, 75 minutos por semana de AF vigorosa ou uma combinação de AF moderada e vigorosa com um dispêndio energético equivalente a qualquer uma das opções, para obter benefícios elementares para a saúde. Além das recomendações anteriormente mencionadas e para melhores benefícios na saúde é recomendado 300 minutos por semana ou mais de atividade aeróbia de intensidade moderada, 150 minutos por semana de atividade aeróbia de intensidade vigorosa, ou uma combinação de atividade aeróbia de intensidade moderada e vigorosa (ACSM, 2014).

Apesar das recomendações e das evidências científicas que comprovam os benefícios da AF para a saúde, as estatísticas indicam que as pessoas continuam pouco ativas (WHO, 2010). As variáveis demográficas e biológicas (idade, sexo, raça, estatuto socioeconómico, estado civil, índice de massa corporal) são as mais estudadas, mas o sexo e a idade são as variáveis mais correlacionadas com os comportamentos de AF na população adulta (Trost et al., 2002).

No inquérito realizado pela Comissão Europeia, Special Eurobarometer 472 (EC, 2017), com 28 Estados-membros, verificou-se que dois em cada cinco europeus (40%) realizam exercício pelo menos 1 vez por semana, incluindo 7% que praticam exercício regularmente (pelo menos 5 vezes por semana). No entanto, quase metade dos entrevistados (46%) nunca fazem exercício ou praticam algum desporto (European Commission [EC], 2017). No geral, os homens realizam mais exercício do que as mulheres, esta diferença entre géneros é maior nas faixas etárias mais jovens, apenas 15% dos homens dos 15 aos 24 anos nunca realizam exercício, em comparação com 33% das

mulheres na mesma idade. A diferença de género torna-se mais diminuta à medida que a idade aumenta, na faixa etária de 55 anos ou mais, a maioria dos homens e mulheres nunca praticam ou praticaram exercício (58% e 64%, respetivamente) (European Commission [EC], 2017).

Quanto à situação dos níveis de AF em Portugal, os resultados apresentados pelo Observatório Nacional de Atividade Física e Desporto (ONAFD) em 2011 (Baptista e col., 2011), mostraram que pessoas adultas, assim como os homens idosos das regiões do Norte, Centro e de Lisboa, apesar de um resultado limiar, cumprem os 30 minutos de AF de intensidade pelo menos moderada, mas as mulheres idosas em todas as regiões não praticam 30 minutos por dia de AF de intensidade moderada.

No que diz respeito à educação, a maioria das pessoas que abandonaram o sistema educacional aos 15 anos ou mais (73%) afirmam que nunca praticaram ou praticam AF, descendo para 52% daqueles que terminaram a educação entre 16 e 19 anos, e 31% dos que terminaram o ensino com 20 anos ou mais (European Commission [EC], 2017).

Num estudo realizado com duração de 35 anos, em 5254 gémeos nascidos entre 1945-1957, (59% mulheres), dos quais 1604 eram do mesmo sexo, apresentou que a existência da educação superior está associada a uma menor possibilidade de sedentarismo durante o tempo de lazer. A associação foi descoberta após ao ajuste para diversos fatores de confundidores, abrangendo fatores familiares. Portanto, os resultados indicam de que a educação tem um papel independente no desenvolvimento do sedentarismo a longo prazo e é necessário esforço para promover a AF em indivíduos com baixos níveis de escolaridade (Piirtola et al., 2016).

Num estudo com 711 participantes (62% mulheres, 71% hispânicos, idade média  $74,1 \pm 8,4$ ), o sedentarismo foi associado a uma velocidade de marcha mais lenta, independentemente da osteoartrite, força de prensão e lesão cerebral isquémica subclínica. Por esta razão, a reorganização do comportamento sedentário compõe um alvo para intervenções destinadas a reduzir o declínio na mobilidade (Willey, 2017).

De uma forma geral, o sexo masculino é mais ativo do que o sexo feminino (Trost et al., 2002; Seabra et al., 2008; Santos et al., 2008; EC, 2014), e os níveis de AF tendem a diminuir com o aumento da idade (Vaz de Almeida et al., 1999; EC, 2014).

Relativamente à participação desportiva na adolescência e na juventude parece ser um bom preditor da AF e da participação desportiva ao longo da vida adulta, influenciando a saúde pública da população em geral (Telama et al., 2005).

Nos últimos anos, a comunidade científica tem-se preocupado com os níveis de AF da sociedade. Este fenómeno é independentemente da idade, sexo ou etnia, e tem sido associado às mudanças e transformações tecnológicas (Alves, 2003). Atualmente, aliados ao progresso tecnológico, a evolução dos meios de transporte, comunicação, assim como a utilização do computador e da televisão, tem vindo a diminuir ainda mais o hábito da prática de AF, que se reflete num elevado índice de sedentarismo a nível mundial (Glaner, 2003). Deste modo, ser fisicamente ativo, reduzindo o sedentarismo, deve ser um fator presente para melhorar a saúde e a QdV, reduzindo a morbilidade e a mortalidade da sociedade contemporânea.

A mensuração da AF pode ser realizada por vários métodos. De forma geral, os métodos laboratoriais e de terreno são utilizados na avaliação da AF usando, questionários, observações diretas, água duplamente marcada, frequência cardíaca, acelerómetros, consumo de oxigênio e calorimetria direta e indireta. A escolha do melhor instrumento deve ser baseada no tamanho da amostra, no tipo de estudo e na população alvo. Atualmente recai no uso simultâneo de métodos, técnicas ou instrumentos (Malina et al., 2004). Apesar da variedade de instrumentos, devemos ter em consideração alguns fatores tais como: a) validade, b) fidedignidade, c) custo e d) aceitabilidade ou não-reatividade (Schoeller & Racette, 1990), sendo que todos os métodos possuem vantagens e limitações. Os questionários são amplamente utilizados em grandes grupos e estudos epidemiológicos, devido à sua facilidade de administração, boa aceitação por parte dos participantes e baixo custo (Baptista et al., 2012).

### 2.1.2 Sedentarismo

Nos últimos anos observou-se uma preocupação com as dominações adequadas na estratificação dos níveis de AF e sedentarismo. O sedentarismo é entendido como a condição de não alcançar as diretrizes de saúde pública para os níveis recomendados de AF (Hallal et al., 2012).

O Colégio Americano de Medicina do desporto (ACSM) define sedentarismo como uma prática de AF leve com duração inferior a 150 minutos por semana para a população entre 18 e 60 anos (Haskell et al., 2007).

Do ponto de vista de consumo de energia, o comportamento sedentário tem sido definido para se referir a atividades com baixo dispêndio energético, atividades igual ou inferior a 1.5 equivalentes metabólicos (Owen et al., 2010; R. R. Pate et al., 2008).

Comportamento sedentário é o termo utilizado para as atividades que são realizadas na posição bípede ou sentada e que não aumentam o dispêndio energético acima dos níveis de repouso (Ainsworth et al., 2000; R. R. Pate et al., 2008), tais como, ver televisão, utilização do computador, trabalhar ou estudar e jogos eletrónicos na posição sentada (Amorim & Faria, 2012; Owen et al., 2010).

### 2.1.3 Qualidade de vida relacionada com a saúde

O conceito de saúde é globalizante, é algo que se adquire dentro de um intervalo de tempo particular, é um processo contínuo, ao longo da vida, em que são desenvolvidas dimensões corporais, mentais e sentimentais, com inter-relação harmoniosa. Mais que a ausência de doença ou de capacidade, saúde implica integralidade e funcionamento do organismo (Joia, Ruiz & Donalísio, 2008). Tavares e Nunes (2007), mencionam que a perceção individual de saúde depende do conhecimento e entendimento do indivíduo relativamente ao seu estado de saúde e aos problemas que afetam, sendo afetada por variáveis como a idade, sexo, estatuto socioeconómico, cultura e a natureza dos problemas de saúde.

Relativamente à definição de QdV, ainda não existe um consenso, contudo, nos últimos anos, o termo QdV está relacionado com a saúde (QVRS). Qualidade de vida é uma perceção individual no contexto cultural, valores e normas, objetivos, expectativas e preocupações. É um conceito amplo que inclui a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções (WHO, 1994).

A principal definição pode ser citada pela OMS em que a QdV “*reflete a perceção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que*

*lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas”* (OMS, 1998).

QdV é um conceito eminentemente do indivíduo, que tem sido aproximado ao grau de satisfação, presume a capacidade de realizar uma sinopse cultural de todos os componentes que determinada sociedade considera. O termo contém diversos significados, que refletem conhecimento, experiências e valores de indivíduos e grupos sendo, portanto, uma estruturação social com a marca do relativismo cultural (Minayo, 2000). Em muitos casos, ambos os termos são utilizados como sinónimos por estarem relacionados ao meio ambiente e à satisfação com a vida, em torno dos domínios físicos, emocionais e sociais (Faria et al., 2011; Jette, 1993; Neri, 1993, 2000; Rosa et al., 2003; Sajid, Tonsi & Baig, 2008).

Neste sentido, há um conhecimento científico sobre os fatores que mais influenciam a QVRS, permitindo reconhecer os grupos de risco, criando deste modo intervenções ao nível da comunidade focalizadas na alteração de comportamentos de risco. Os preditores mais comumente discutidos na QVRS, são as características demográficas (idade, sexo, estado civil), a composição corporal, aptidão funcional (equilíbrio, força, resistência aeróbia), mobilidade, atividades instrumentais da vida diária, estilos de vida que incluiu a AF, o comportamento sedentário, nutrição, tabaco e álcool, educação, depressão, medicação, doença crónica, satisfação com a vida, estatuto socioeconómico, quedas e por fim o estado cognitivo (Wanderley et al., 2011; Giuli et al., 2014; Hawton et al., 2011; Thiem et al., 2014).

Num estudo onde determinaram a QdV dos adultos idosos nas tarefas diárias, averiguaram que com a idade a QdV agravou mais nas mulheres, viúvas, analfabetos, acamados e idosos com doenças diagnosticadas clinicamente (Arslantas, et al, 2009). Num estudo realizado em 22 países, com adultos idosos, para descrever a importância da QdV por sexo, idade e estado de saúde, verificou-se através dos questionários realizados (WHOQOL-Old), que o mais relevante para ter QdV, era possuir energia, ser feliz, um bom funcionamento dos sentidos e não ter nenhum tipo dor. A capacidade de realizar as atividades diárias e movimentar-se satisfatoriamente são aspetos muito importantes para os adultos idosos (Molzahn, et al, 2010).

Em Portugal, um estudo desenvolvido em 1995, mostrou que as mulheres com menos de 45 anos residentes nas áreas rurais, realizando trabalhos manuais, sem instrução

e viúvas têm uma percepção do seu estado de saúde inferior à dos homens em circunstâncias semelhantes (Santana, 1995).

A literatura económica tem indicado que a educação pode afetar o estado de saúde. Segundo Ross e Wu (1995) referidos por Costa (2008), um dos motivos pelos quais os indivíduos com maiores níveis de escolaridade usufruem de um estado de saúde melhor é porque a educação promove auto-eficácia, isto é, à sua capacidade em promover a própria saúde. A influência da escolaridade na saúde a nível internacional, onde o nível de alfabetismo da população está genuinamente relacionado com a esperança de vida. A educação fornece informação para harmonizar os hábitos saudáveis com os menos saudáveis, como acontece com as pessoas de classe média mais escolarizada, que concilia o consumo de comida e álcool com as atividades de lazer. Diferentes níveis de escolaridade estão relacionados a diferentes hábitos e atitudes, que contribuem para o seu estado de saúde (Santana & Vaz, 1999; Vintém, 2008).

### 3 Capítulo Metodologia Geral

No decorrer de um estudo como este, importa definir e sistematizar com grande clareza e objetividade todos os procedimentos a realizar. Por conseguinte, após termos efetuado o enquadramento teórico dos diversos conceitos implícitos neste estudo, bem como uma revisão geral dos diversos autores que produziram trabalhos nesta área de conhecimento, daremos seguimento ao nosso estudo com a apresentação dos procedimentos metodológicos nele adotados.

#### 3.1 Desenho do Estudo e Caracterização da Amostra

Os dados analisados no presente estudo fazem parte do projeto “Movimento e Saúde: Um estudo em praticantes de Desporto para Todos na RAM” (MOVEs). Este estudo de natureza transversal, incluiu 381 participantes, 148 do género masculino e 233 do género feminino.

Quanto à distribuição da idade dos inquiridos, esta varia entre um mínimo de 18 anos até um máximo de 88 anos, com os seguintes intervalos etários, jovens-adultos (18-39 anos; n= 145), adultos (40-59 anos; n=161), e adultos idosos (> 60 anos; n=75).

#### 3.2 Considerações Éticas

Todas as entrevistas, bem como a recolha do material dos questionários, foram realizadas com o consentimento dos participantes, tendo todos formalizado a aceitação pela assinatura de um consentimento informado. Na base de dados criada, todos os participantes estão identificados por um código numa composição ordinal. Todos os dados relativos aos participantes, constantes na base, foram assim salvaguardados. O estudo foi igualmente aprovado pela Comissão Científica do Departamento de Educação Física e Desporto, da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade da Madeira.

### 3.3 Critérios de Inclusão da Amostra

Os critérios de inclusão considerados foram os seguintes: (1) ser praticante de DpT numa instituição associada à AMDpT; e (2) ser autónomo e independente na realização das atividades de vida diária;

Todas as avaliações foram efetuadas nos locais onde decorriam as atividades desportivas dos associados. As avaliações foram efetuadas entre maio e outubro de 2017. A operacionalização das avaliações no terreno decorreu sob a coordenação de uma equipa de avaliadores da AMDpT em articulação com os técnicos locais. No caso das atividades pontuais, foi solicitado aos praticantes o preenchimento dos questionários no ato da inscrição. Os questionários foram de auto-preenchimento. Contudo, sempre que necessário os participantes tiveram a orientação e apoio dos técnicos no preenchimento.

### 3.4 Identificação e Caracterização dos Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos de avaliação foram compilados e adaptados a partir de vários questionários validados para a população portuguesa. Na avaliação da perceção da QVRS, utilizou-se a versão reduzida SF-12. As dimensões do SF-12 agrupam-se em duas componentes, componente física e componente mental. Os 12 itens do SF-12 são retirados dos 36 itens compostos no SF-36. O SF-12 inclui um ou dois destes itens de cada uma das oito dimensões do SF-36 (Ribeiro, 2005). O questionário *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12), composto por 12 itens provenientes do SF-36, o SF-12 avalia 8 dimensões da influência sobre a QdV, considerando a perceção do indivíduo em relação aos aspetos da sua saúde nas últimas 4 semanas. As questões que avaliam a função física, aspeto físico, dor, saúde geral possuem maiores correlações com a componente física, enquanto vitalidade, função social, aspeto emocional e saúde mental estão mais correlacionados à componente mental. Entretanto, as dimensões saúde geral, vitalidade e função social podem expor fortes correlações com ambos os scores do questionário (Ware, 1995; Ware, 1996; Gandek, 1998.)

Para os cálculos, a categoria física integrou função física, desempenho físico, dor corporal e a saúde geral. A categoria mental integrou a vitalidade, desempenho emocional, função social e saúde mental. A avaliação dos resultados é feita conforme a atribuição de pontos para cada questão. A pontuação do SF-12 tem alguns itens que

necessitam ser transformados os quais são apresentados numa escala de 0 a 100 ‘Raw Scale’, onde o 0 corresponde a uma pior qualidade de vida relacionada com a saúde, e o 100 a uma melhor QVRS (Ribeiro, 2005).

A medição da AF é frequentemente considerada importante em pesquisas sobre saúde, deste modo, para este estudo foi utilizado o questionário de Baecke modificado (Pools et al., 1995). Este questionário está estruturado de forma quali-quantitativa numa escala de likert, tendo em conta o ponto de vista dos indivíduos em relação à sua atividade física. Este instrumento é composto por 19 questões abrangendo três componentes de AF: atividades físicas ocupacionais, exercícios físicos praticados durante o tempo de lazer e atividades físicas durante o tempo de lazer e atividades físicas de locomoção, excluindo exercícios físicos (Baecke et al., 1982).

O questionário tem como referência os últimos 12 meses e é dividido em várias secções: a primeira secção abrange questões relacionadas com o conhecimento sobre as recomendações dos níveis de AF. A segunda seção abrange as questões relacionadas com as barreiras à AF. A terceira seção compreende os níveis de AF. A quarta engloba o passado desportivo. A quinta secção questiona os motivos para a prática de AF.

### 3.5 Variáveis em Estudo

As variáveis analisadas foram as seguintes: (a) dados demográficos; (b) conhecimento sobre as recomendações da AF; (c) AF (índice do trabalho, índice do desporto e índice dos tempos livres) (Pols et al., 1995).

### 3.6 Aspetos Gerais de Organização do Estudo

Numa primeira fase, foi realizado um estudo piloto a 11 participantes, numa perspetiva de preparar e aperfeiçoar o questionário aplicado, assim como testar a fiabilidade das respostas dadas, resultando num valor de *Alpha de Cronbach* de 0,828.

Após uma apresentação formal do Projeto MOVE NOW e do estudo de investigação MOVEs, prosseguiu-se ao contacto direto com todas as associações filiadas na AMDpT e definição do processo mais rentável para cada uma delas. Os técnicos da AMDpT dirigiram-se ao local das atividades previstas, onde foram aplicados os questionários aos praticantes de DpT. Os questionários foram administrados

maioritariamente em formato de papel e em contacto direto com o participante, no entanto alguns foram preenchidos em formato *online*. Este processo de comunicação e intervenção teve início no mês de março, prolongando-se até ao mês de novembro de 2017. Todas as avaliações foram efetuadas nos locais onde decorreram as atividades desportivas, em articulação com os técnicos locais.

### 3.7 Análise Estatística

Um t-teste de medidas independentes (2 grupos) foi conduzido para comparar diferenças no determinante género na QdV e AF. Uma análise de variância (ANOVA- 3 grupos) foi conduzida para explorar as diferenças de médias das características sociodemográficas. O teste Tukey foi realizado para verificar o significado estatístico das diferenças entre as médias.

Os participantes foram divididos em 3 grupos de acordo com o nível de conhecimento sobre a quantidade necessária e tipo de AF mais recomendada (Grupo 1: sem conhecimento sobre a quantidade necessária e o tipo de AF recomendada; Grupo 2: com conhecimento sobre a quantidade necessária ou o tipo de AF mais recomendada; Grupo 3: com conhecimento sobre a quantidade e o tipo de AF recomendada). No que concerne à prática desportiva passada, os participantes foram divididos em 3 grupos de acordo com os anos de prática desportiva passada (Grupo 1: sem prática desportiva passada; Grupo 2: com 1 a 3 anos de Prática desportiva passada; Grupo 3: com > 4 anos de prática de prática passada). Uma ANOVA foi igualmente conduzida para explorar o impacto dos níveis de escolaridade nos níveis de AF e QdV. Os participantes foram divididos em 3 grupos de acordo com o nível de escolaridade (Grupo 1: 3º ciclo ou inferior; Grupo 2: ensino secundário; Grupo 3: formação superior).

Análises de regressão múltipla hierárquica foram conduzidas para investigar a quantidade de variação na QVRS (score total S-12 e componentes físicas e mentais) explicada pelas dimensões da AF (índices de trabalho, desporto e lazer), controlando simultaneamente pelas influências do perfil de saúde (PAR-Q e depressão), educação, sexo e idade. As análises foram realizadas com recurso ao Software estatístico IBM SPSS, versão 26.0. O nível de significância foi estabelecido em 5%.

## 4 Capítulo: Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados do estudo resultantes da aplicação dos instrumentos de colheita de dados. Trabalhou-se com uma amostra composta por 381 praticantes de Desporto para Todos na RAM. A tabela 1 apresenta as principais características dos participantes bem como o Score Total do SF-12 e Score Total da AF em função das determinantes sociodemográficas.

No que concerne ao conhecimento sobre as recomendações da AF semanal, 21.0% dos praticantes de DpT da RAM não possui nenhum conhecimento sobre o tipo ou quantidade que deve realizar, bem como, 28.61% da amostra possui conhecimento do tipo ou quantidade de AF, e com maior predominância os praticantes que possuem conhecimento sobre o tipo e quantidade necessária de AF por semana (50.39%).

Nesta amostra, aproximadamente 40.7% não tinham participação desportiva anterior, (i.e., no momento da colheita de dados os praticantes estavam a experienciar pela primeira vez a prática de atividades físicas o que significa que têm apenas uma prática pontual), 37.27% dos praticantes reportaram 1 a 3 anos de prática desportiva e com uma percentagem inferior, 22.1% apresentam 4 ou mais anos de prática desportiva.

No que respeita ao nível de educação, aproximadamente 36.84% dos praticantes possui o 3º ciclo ou menos, 30.79% o Ensino Secundário e 32.37% o Ensino Superior.

Os resultados mostraram no score total SF-12 diferenças com significado estatístico nas determinantes sociodemográficas, género ( $p=.001$ ), idade ( $p<.001$ ), conhecimento AF ( $p=.009$ ) e educação ( $p<.001$ ). Ou seja, os homens, os mais novos, os com mais conhecimento sobre a quantidade e tipo de AF e os com um nível educacional superior reportaram uma melhor QdV. No que respeita à prática desportiva passada ( $p=.213$ ), não foram identificadas diferenças com significado estatístico. Relativamente ao score total da AF, os resultados demonstram que só existe diferença com significado estatístico nas determinantes sociodemográficas, género ( $p=.001$ ), idade ( $p=.014$ ) e prática desportiva passada ( $p=.024$ ). Ou seja, os homens, os mais novos, os praticantes que possuem uma prática desportiva passada há mais de 4 anos reportaram valores mais altos de AF (ver tabela 1).

Tabela 1 Características dos participantes (n=381), relação entre QdV- SF-12 e Atividade física e características sociodemográficas

Variáveis	QdV			Contraste	AF		
	% (95% CI)	M (95% CI)	p		M (95% CI)	p	Contraste
<b>Género</b>			0.001			0.001	
<b>Masculino</b>	38.85 (33.9, 43.9)	39.88 (38.94, 40.82)			8.86 (8.65, 9.07)		
<b>Feminino</b>	61.15 (56.1, 66.1)	37.59 (36.69, 38.49)			8.38 (8.20, 8.55)		
<b>Idade Grupo</b>			<0.001			0.014	
<b>18-39 Anos (1)</b>	38.06 (33.2, 43.1)	40.32 (39.50, 41.14)		3<1 e 2	8.71 (8.47, 8.93)		3<1 e 2
<b>40-59 Anos (2)</b>	42.26 (37.2, 47.4)	38.45 (37.37, 39.53)			8.62 (8.41, 8.82)		
<b>&gt;60 Anos (3)</b>	19.69 (15.8, 24)	35.10 (33.46, 36.74)			8.17 (7.90, 8.44)		
<b>Conhecimento AF</b>			0.009			0.400	
<b>Não conhecimento (1)</b>	21.00 (17.0, 25.4)	36.87 (35.17, 38.57)		1<3	8.42 (8.12, 8.71)		n.s
<b>Tipo ou Quantidade (2)</b>	28.61 (24.1, 33.4)	37.95 (36.73, 39.16)			8.52 (8.25, 8.79)		
<b>Tipo/Quantidade (3)</b>	50.39 (45.3, 55.5)	39.41 (38.53, 40.29)			8.65 (8.46, 8.83)		
<b>Pdp</b>			0.213			0.024	
<b>Sem prática (1)</b>	40.68 (35.7, 45.8)	37.77 (36.74, 38.80)		n.s	8.40 (8.18, 8.62)		1<3
<b>1-3 anos de prática (2)</b>	37.27 (32.4, 42.3)	38.89 (37.81, 39.96)			8.55 (8.34, 8.77)		
<b>&gt;4 anos de prática (3)</b>	22.05 (18.0, 26.6)	39.05 (37.49, 40.60)			8.89 (8.61, 9.16)		
<b>Educação</b>			<0.001			0.338	
<b>Baixa (1)</b>	36.84 (31.9, 41.8)	36.46 (35.25, 37.66)		1<2 e 3	8.62 (8.39, 8.85)		n.s
<b>Média (2)</b>	30.79 (26.1, 35.6)	38.52 (37.23, 39.80)			8.65 (8.40, 8.90)		
<b>Alta (3)</b>	32.37 (27.6, 37.2)	40.57 (39.71, 41.42)			8.42 (8.19, 8.65)		

Pdp, prática desportiva passada; QdV, Qualidade de Vida; CI, Intervalo de Confiança; Baixa, <3º Ciclo; Média, Ensino secundário; Alta, Ensino Superior Teste de diferenças testado pelo T-Teste Student e ANOVA Teste Tukey- Procedimento post hoc; n.s. não significativo.

Na tabela 2 são analisadas as diferenças entre as médias das componentes da QdV em função das determinantes sociodemográficas. No que diz respeito às diferenças associadas ao género, os homens apresentam valores mais elevados de QdV do que as mulheres (componente física e mental). O mesmo se verificou nos grupos etários, onde os participantes com idades compreendidas entre os 18 e 39 anos apresentam valores superiores de QdV comparativamente aos participantes com 60 ou mais anos.

Relativamente ao conhecimento sobre as recomendações da AF, o grupo que possui conhecimentos sobre o tipo e quantidade necessária para a prática de AF apresenta valores superiores de QdV (componente física) comparativamente aos que não possuem nenhum conhecimento.

No que concerne à componente física da QdV, os participantes com mais de 4 anos de prática desportiva passada ostentam valores superiores em comparação aos que estão a praticar pela primeira vez a prática desportiva. No que respeita à componente física da QdV, os participantes com formação superior apresentam valores mais elevados do que aqueles que possuem o secundário e o 3º Ciclo ou inferior; o mesmo se verificou entre aqueles que possuem o secundário e o 3º Ciclo ou inferior.

Relativamente à QdV SF-12 componente mental verificaram-se diferenças nas médias com significado estatístico para o género ( $p=.004$ ), idade ( $p=.011$ ), conhecimento da AF ( $p=.012$ ) e sem significado estatístico na Educação ( $p=.196$ ) e Pdp ( $p=.816$ ). Os homens, os mais jovens e os participantes com mais conhecimento sobre tipo e quantidade de AF necessária apresentavam scores mais elevados.

Tabela 2 Diferenças entre as médias da percepção da Qualidade de Vida SF-12 e Determinantes sociodemográficas

Qualidade de Vida						
Variáveis	SF-12: Componente Física			SF-12: Componente Mental		
	M (95% CI)	<i>p</i>	Contraste	M (95% CI)	<i>p</i>	Contraste
<b>Género</b>		0.003			0,004	
<b>Masculino</b>	17.40 (16.91, 17.88)			22.49 (21.90, 23.07)		
<b>Feminino</b>	16.34 (15.89, 16.80)			21.24 (20.68, 21.81)		
<b>Idade Grupo</b>		<0.001			0.011	
<b>18-39 Anos (1)</b>	18.13 (17.74, 18.53)		1>2 e 3	22.19 (21.63, 22.75)		
<b>40-59 Anos (2)</b>	16.57 (16.05, 17.09)		3<1 e 2	21.88 (21.20, 22.56)		3<1 e 2
<b>&gt;60 Anos (3)</b>	14.60 (17.75, 15.45)			20.50 (19.47, 21.53)		
<b>Conhecimento AF</b>		0.041			0.012	
<b>Não conhecimento (1)</b>	15.97 (15.17, 16.78)			20.90 (19.85, 21.95)		
<b>Tipo ou Quantidade (2)</b>	16.69 (16.07, 17.30)		1<3	21.26 (20.46, 22.05)		1<3
<b>Tipo/Quantidade (3)</b>	17.10 (16.62, 17.57)			22.32 (21.78, 22.85)		
<b>Pdp</b>		0.041			0.816	
<b>Sem prática (1)</b>	16.13 (15.62, 16.65)			21.63 (20.98, 22.29)		
<b>1-3 anos de prática (2)</b>	17.23 (16.67, 17.78)		1<2	21.66 (20.99, 22.33)		n.s
<b>&gt;4 anos de prática (3)</b>	17.09 (16.33, 17.84)			21.96 (21.03, 22.90)		
<b>Educação</b>		<0.001			0.196	
<b>Baixa (1)</b>	15.15 (15.54, 15.76)		1<2 e 3	21.31 (20.56, 22.06)		
<b>Média (2)</b>	16.87 (16.27, 17.47)		3>1 e 2	21.65 (20.84, 22.45)		n.n
<b>Alta (3)</b>	18.35 (17.96, 18.73)			22.22 (21.61, 22.83)		

Pdp, prática desportiva passada; QdV, Qualidade de Vida; CI, Intervalo de Confiança; Baixa, <3º Ciclo; Média, Ensino secundário; Alta, Ensino Superior Teste de diferenças testado pelo T-Teste Student e ANOVA Teste Tukey- Procedimento post hoc; n.s. não significativo

Na tabela 3 são apresentadas as diferenças entre as médias nos índices da atividade física no trabalho, desporto e tempo de lazer em função das determinantes sociodemográficas. No que diz respeito ao Índice de Atividade Física no Trabalho (IAFT) apenas se verificou diferenças com significado estatístico na determinante sociodemográfica Educação ( $p < .001$ ). Os praticantes de DpT com níveis inferiores de escolaridade apresentam um IAFT superior aos participantes com formação superior. Relativamente ao Índice de Atividade Física no Desporto (IAFD), no que respeita às diferenças entre médias com significado estatístico, temos as determinantes sociodemográficas, género ( $p < .001$ ), idade ( $p < .001$ ), educação ( $p = .001$ ) e Pdp ( $p < .001$ ). No conhecimento da AF não foram identificadas diferenças com significado estatístico ( $p = .119$ ). Por outras palavras, os homens e as pessoas mais novas apresentavam um índice de IAFD superior às mulheres e aos mais velhos. Quanto ao Índice de Atividade Física nos Tempos de Lazer (ISFTL), apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, ( $p = .003$ ), favorecendo os homens.

Tabela 3 Diferenças entre as médias dos Índices de Atividade Física e Determinantes sociodemográficas

Atividade Física									
Variáveis	IAFT			IAFD			IAFTL		
	M (95% CI)	<i>p</i>	Contraste	M (95% CI)	<i>p</i>	Contraste	M (95% CI)	<i>p</i>	Contraste
<b>Género</b>		0,802			<0.001			0,003	
<b>Masculino</b>	2.86 (2.76, 2.97)			3.22 (3.10, 3.33)			2.78 (2.67, 2.88)		
<b>Feminino</b>	2.84 (2.76, 2.93)			2.95 (2.87, 3.03)			2.58 (2.51, 2.66)		
<b>Idade Grupo</b>		0.287			<0.001			0.565	
<b>18-39 Anos (1)</b>	2.83 (2.72, 2.95)			3.17 (3.06, 3.29)		1>2 e 3	2.70 (2.60, 2.81)		
<b>40-59 Anos (2)</b>	2.91 (2.80, 3.02)		n.s	3.07 (2.96, 3.17)		3<1 e 2	2.64 (2.54, 2.74)		n.s
<b>&gt;60 Anos (3)</b>	2.76 (2.65, 2.87)			2.79 (2.66, 2.92)			2.62 (2.49, 2.74)		
<b>Conhecimento AF</b>		0.315			0.119			0.539	
<b>Não conhecimento (1)</b>	2.79 (2.64, 2.95)			2.98 (2.84, 3.12)			2.64 (2.51, 2.78)		
<b>Tipo ou Quantidade (2)</b>	2.92 (2.79, 3.06)		n.s	2.99 (2.86, 3.12)		n.s	2.61 (2.50, 2.73)		n.s
<b>Tipo/Quantidade (3)</b>	2.84 (2.74, 2.93)			3.12 (3.02, 3.21)			2.69 (2.60, 2.78)		
<b>Pdp</b>		0.315			<0.001			0.539	
<b>Sem prática (1)</b>	2.85 (2.74, 2.95)			2.91 (2.80, 3.01)			2.64 (2.55, 2.74)		
<b>1-3 anos de prática (2)</b>	2.83 (2.72, 2.94)		n.s	3.08 (2.97, 3.19)		3>1 e 2>1	2.65 (2.54, 2.75)		n.s
<b>&gt;4 anos de prática (3)</b>	2.90 (2.76, 3.05)			3.28 (3.13, 3.43)			2.71 (2.57, 2.85)		
<b>Educação</b>		<0.001			0.001			0.413	
<b>Baixa (1)</b>	3.04 (2.92, 3.16)		3<1 e 2	2.88 (2.78, 2.98)		1<2 e 3	2.70 (2.59, 2.81)		
<b>Média (2)</b>	2.85 (2.73, 2.97)		2<1	3.12 (3.01, 3.24)		2<3	2.68 (2.56, 2.79)		n.s
<b>Alta (3)</b>	2.64 (2.53, 2.74)			3.18 (3.05, 3.31)			2.60 (2.50, 2.70)		

Pdp, prática desportiva passada; QdV, Qualidade de Vida; CI, Intervalo de Confiança; Baixa, <3º Ciclo; Média, Ensino secundário; Alta, Ensino Superior Teste de diferenças testado pelo T-Teste Student e ANOVA Teste Tukey- Procedimento post hoc; n.s. não significativo.

Tabela 4 Análise de regressão hierárquica com dimensões de atividade física, perfil de saúde, educação, sexo e idade, predizendo o score total de qualidade de vida (SF-12).

	I	II	III	IV
	$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$
IAFT	-.032	-.029	.013	.008
IAFD	.264***	.175***	.143**	.128**
IAFTL	.031	.044	.061	.047
PAR-Q Score		-.353***	-.307***	-.297***
Depressão (0/1)		-.319***	-.319***	-.321***
Educação (nível)			.179***	.146***
Género (1/2)				-.092 *
Idade (anos)				-.048
R <sup>2</sup>	.076	.334	.360	.372
F para alteração no R <sup>2</sup>	9.98***	70.35***	15.00***	3.28*

Modelo I – índice de atividade física no trabalho, índice de atividade física desportivo, índice atividade física no tempo de lazer; Modelo II - índice de atividade física no trabalho, índice de atividade física desportivo, índice atividade física no tempo de lazer, PAR-Q, depressão; Modelo III - índice de atividade física no trabalho, índice de atividade física desportivo, índice atividade física no tempo de lazer, PAR-Q, depressão, nível educacional; Modelo IV - índice de atividade física no trabalho, índice de atividade física desportivo, índice atividade física no tempo de lazer, PAR-Q, depressão, nível educacional, género e idade.

AF, atividade física; Depressão - 0 = não, 1 = sim; Sexo - 2 = feminino, 1 = masculino. PAR-Q, Questionário de prontidão para atividade física.

\* p <0,05; \*\* p <0,01; \*\*\* p <0,001.

A tabela 4 descreve os resultados das análises de regressão múltipla hierárquica realizadas para investigar as relações entre o score total da QdV (SF-12) e as dimensões da AF inseridas no 1º bloco, quando são controlados consecutivamente pelo perfil de saúde (PAR-Q Score) e depressão no 2º bloco, o nível educacional no 3º bloco e adicionalmente para sexo e idade no 4º bloco.

Nestas análises, o IAFT, o IAFD e o IAFTL explicaram 8% da variação no score total da QdV no 1º bloco. No 2º bloco, o score do PAR-Q e o estado de depressão, aumentou significativamente a variância explicada do score total da QdV em 26%. No 3º bloco, foi introduzida a variável nível educacional, aumentando significativamente a

variação explicada do score total da QdV em 3%. Após inserir o género e a idade como preditores adicionais no 4º bloco, aumentou significativamente a variação explicada do score total da QdV em 1%, com a variação total sendo explicada pelo modelo como um todo em 37%. Neste modelo final, o score total da QdV esteve positivamente relacionada ao IAFD, ao nível educacional e negativamente ao score do questionário PAR-Q, presença de depressão e sexo (queda de 9% no score total da QdV para mulheres em comparação com homens).

Tabela 5 Análise de regressão hierárquica com dimensões da atividade física, perfil de saúde, educação, sexo e idade a predizerem a componente física da qualidade de vida (SF-12).

	I	II	III	IV
	$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$
IAFT	-.053	-.048	.021	.011
IAFD	.328***	.210***	.156***	.147**
IAFTL	-.034	-.009	.017	.005
PAR-Q Score		-.463***	-.387***	-.360***
Depressão (0/1)		-.209***	-.210***	-.208***
Educação (nível)			.297***	.242***
Género (1/2)				-.033
Idade (anos)				-.123**
R <sup>2</sup>	.101	.381	.454	.468
F para alteração no R <sup>2</sup>	13.74***	81.99***	48.57***	4.57*

Modelo I - índice de atividade física no trabalho, índice atividade física desportivo, índice de atividade física no tempo de lazer; Modelo II - índice de atividade física no trabalho, índice atividade física desportivo, índice de atividade física no tempo de lazer, PAR-Q, depressão; Modelo III - índice de atividade física no trabalho, índice atividade física desportivo, índice de atividade física no tempo de lazer, PAR-Q, depressão, nível educacional; Modelo IV - índice de atividade física no trabalho, índice atividade física desportivo, índice de atividade física no tempo de lazer, PAR-Q, depressão, nível educacional, sexo e idade.

AF, atividade física; Depressão - 0 = não, 1 = sim; Sexo - 2 = feminino, 1 = masculino. PAR-Q, Questionário de prontidão para atividade física.

\* p <0,05.; \*\* p <0,01.; \*\*\* p <0,001.

A tabela 5 descreve os resultados das análises de regressão múltipla hierárquica realizadas para investigar as relações entre a componente física da QdV (SF-12) e as dimensões da AF inseridas no 1º bloco, quando são controlados consecutivamente pelo perfil de saúde (PAR-Q Score) e depressão no 2º bloco, o nível educacional no 3º bloco e adicionalmente para sexo e idade no 4º bloco.

Nestas análises, o IAFT, IAFD e o IAFTL explicaram 10% da variação na componente física da QdV no 1º bloco. No 2º bloco, o score PAR-Q e o estado de depressão, aumentou significativamente a variância explicada na componente física da QdV em 28%. No 3º bloco foi introduzida a variável nível educacional, aumentando

significativamente a variação explicada na componente física da QdV em 7%. Após inserir género e idade como preditores adicionais no 4º bloco, aumentou significativamente a variação explicada na componente física da QdV em 1%, com a variação total sendo explicada pelo modelo como um todo em 46%. Nesse modelo final, a componente física da QdV esteve relacionada positivamente ao IAFD, nível educacional e negativamente no score do PAR-Q, presença de depressão e idade.

Tabela 6 Análise de regressão hierárquica com dimensões da atividade física, perfil de saúde, educação, sexo e idade a predizerem a componente mental da qualidade de vida (SF-12).

	I	II	III	IV
	$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$
IAFT	-.008	-.007	.004	.003
IAFD	.157***	.110***	.102*	.087
IAFTL	.078	.079	.083	.071
PAR-Q Score		-.191***	-.179***	-.185***
Depressão (0/1)		-.342***	-.342***	-.347***
Educação (nível)			.045	.038
Género (1/2)				-.121**
Idade (anos)				.023
R <sup>2</sup>	.039	.213	.215	.228
F para alteração no R <sup>2</sup>	4.96**	40.12***	.78	2.97

Modelo I - índice de atividade física no trabalho, índice de atividade física desportivo, índice de atividade física no tempo de lazer; Modelo II - índice de atividade física no trabalho, índice de atividade física desportivo, índice de atividade física no tempo de lazer, PAR-Q, depressão; Modelo III - índice de atividade física no trabalho, índice de atividade física desportivo, índice de atividade física no tempo de lazer, PAR-Q, depressão, nível educacional; Modelo IV - índice de atividade física no trabalho, índice de atividade física desportivo, índice de atividade física no tempo de lazer, PAR-Q, depressão, nível educacional, sexo e idade.

AF, atividade física; Depressão - 0 = não, 1 = sim; Sexo - 2 = feminino, 1 = masculino. PAR-Q, Questionário de prontidão para atividade física.

\* p <0,05; \*\* p <0,01; \*\*\* p <0,001.

A tabela 6 descreve os resultados da análise de regressão hierárquica múltipla realizada para investigar as relações entre a componente mental da QdV (SF-12) e as dimensões da AF inseridas no 1º bloco, quando são controladas consecutivamente o perfil de saúde (PAR-Q Score) e depressão no 2º bloco, nível educacional no 3º bloco e adicionalmente para sexo e idade no 4º bloco.

Nestas análises, o IAFT, IAFD e o IAFTL explicaram 4% da variação na componente mental da QdV no 1º bloco. No 2º bloco, o score do PAR-Q e o estado de depressão, aumentou significativamente a variância explicada na componente mental da

QdV em 17%. No 3º bloco foi inserida a variável nível educacional, aumentando significativamente a variação explicada na componente mental da QdV em 0,2%. Depois de inserir o género e a idade como preditores adicionais no 4º bloco, aumentou significativamente a variação explicada na componente mental da QdV em 1%, com a variação total sendo explicada pelo modelo como um todo em 23%. Neste modelo final, a componente mental da QdV está negativamente relacionada ao score do PAR-Q, presença de depressão e género (diminuição de 12% na componente mental da QdV das mulheres em comparação aos homens).

## 5 Capítulo: Discussão dos Resultados e Implicações Práticas

### 5.1 Discussão dos Resultados obtidos

Este estudo tem um contributo importante no desenvolvimento de novas metodologias e estratégias de promoção da AF informal na RAM. Os resultados alcançados permitem justificar por um lado, os benefícios de uma prática regular de AF em múltiplas dimensões da saúde, e por outro, identificar áreas importantes de atuação por parte das entidades governamentais que promovem e dinamizam o Desporto para Todos na RAM.

#### *Variação da Qualidade de Vida associada ao género*

Como resultado da recolha de informação efetuada nos praticantes de DpT associados à AMDpT, conclui-se que o género masculino reporta valores mais altos na QdV comparativamente ao género feminino. Estes resultados são muito similares aos que foram alcançados na literatura, demonstrando que os homens em média reportam valores mais elevados na QdV comparativamente às mulheres (Ferreira et al., 2012). Numa análise mais detalhada, o presente estudo confirma a existência de diferenças estatisticamente significativas referente aos domínios da função física, quando comparados homens e mulheres. As mulheres são mais propensas a desenvolver valores médios inferiores de QdV em relação aos homens. Estes resultados estão de acordo com Ferreira et al. (2012), uma vez que referem que em relação à componente física os homens ostentam valores significativamente mais elevados que as mulheres.

No que respeita à componente mental da QdV, o nosso estudo conclui que os homens apresentam valores médios mais altos comparativamente às mulheres. Estes resultados estão igualmente em concordância com aqueles apresentados por Ferreira et al. (2012) e Aguilar et al. (2009). Estes resultados são confirmados em parte por Vuilemin et al., (2005) que verificaram que a auto-perceção da QdV é inferior nas mulheres em praticamente todos os domínios da QdV, com exceção geral de saúde. Na mesma linha Martineli et al., (2008) concluíram também que os homens apresentam uma perceção da QdV mais positiva em relação às mulheres, principalmente nos domínios sociais e psicológicos segundo o inquérito de avaliação de Qualidade de Vida da Organização

Mundial de Saúde (WHOQOL- versão curta)<sup>1</sup>. No entanto, resultados opostos foram alcançados por Blacklock et al. (2007) indicando que as mulheres possuem valores mais elevados de QdV quando comparados com os homens nos domínios da vitalidade e função social. Uma possível explicação para os resultados QdV serem superiores nos homens na nossa amostra poderá dever-se ao facto dos mesmos possuírem geralmente maiores scores de AF quando comparados com as mulheres.

#### *Variação da Qualidade de Vida associada à Idade*

A diferença entre as médias no score da QdV no que respeita à idade, indica que os participantes com mais de 60 anos possuem médias mais baixas comparativamente aos restantes grupos. Assim como demonstrado anteriormente, o processo de envelhecimento do ser humano compreende num processo de modificação gradual da estrutura biológica, psicológica e social que tem início antes do nascimento e que se vai desenvolvendo ao longo da vida (Direção Geral de Saúde – DGS, 2004; Spirduso, 2005). O envelhecimento não é nenhum problema, mas o processo do ciclo vital deve ser vivido de uma forma saudável e autónoma o maior tempo possível que o individuo conseguir (DGS, 2004). Para tal, o grande desafio que se coloca às pessoas é aumentarem os anos de vida ativa mantendo um nível de QdV elevado (Oliveira et al., 2010). Outro aspeto a salientar, no percurso de vida, é a necessidade de avaliar a influência das determinantes do envelhecimento ativo, visando tal como defende a OMS (2002), aproveitar as transições nos diferentes estádios, de forma a estimular a saúde e participação em programas.

Considerando a QdV geral (score total), os nossos resultados corroboram a existência de uma associação inversa entre melhores perceções de saúde geral e aumento da idade (Blacklock et al., 2007), o que pode estar associado às limitações funcionais e perdas de desempenho, assim como ao aumento de dores. Aguilar et al. (2009), também conclui que sujeitos com mais de 50 anos são duas vezes mais suscetíveis a apresentar menores scores de QdV, quando comparados com os mais jovens. Portanto é possível inferir que o avanço da idade promove uma diminuição na QdV percebida, sendo que a AF pode ser uma ferramenta profilaxia aos danos físicos e mentais causados pelo envelhecimento.

---

<sup>1</sup> WHOQOL (versão curta) é utilizado para avaliar a qualidade de vida através de 26 questões que analisam os seguintes domínios: físico, psicológico, relações sociais e fatores ambientais.

Numa análise mais pormenorizada sobre a relação entre a QdV e a idade, verificou-se que as principais diferenças nos scores médios da QdV foram verificadas entre os grupos etários mais jovens (i.e., 18-39 e 40-59 anos) e o grupo etário mais velho (> 60 anos). Considerando por exemplo a componente física da QdV, o grupo mais jovem obteve melhores médias comparado com o grupo etário mais idoso. Naturalmente os mais jovens sentem-se fisicamente menos limitadas no trabalho ou noutras atividades diárias, pois na sua grande maioria são indivíduos com menos limitações físicas por problemas de saúde. Estes resultados são similares a outros reportados na literatura. Por exemplo, Vuillemin et al. (2005) identificaram num estudo transversal, uma tendência para a diminuição da perceção do estado geral de saúde com o avanço da idade, o que corrobora os resultados alcançados no nosso estudo. Levando em conta o avanço da idade, sabe-se que resultados de estudos prévios relatam a clara tendência da diminuição dos níveis da AF entre a população com o avançar dos anos (Shoup et al., 2008; Martinez-Gonzalez et al., 2001; Haskell et al., 2007). Considerando tal fator, parece-nos claro que indivíduos adultos idosos apresentem maiores limitações nas funções físicas, tais como dificuldades na realização de todas as AF, incluindo atividades quotidianas.

#### *Variação da Qualidade de Vida em função do conhecimento sobre a Atividade Física*

No que diz respeito à influência do conhecimento da AF na QdV dos participantes, as comparações *post-hoc* com recurso ao teste *Tukey*, mostraram diferenças com significado estatístico somente entre os praticantes que não possuem qualquer conhecimento sobre as recomendações da AF semanal em comparação aos que possuem conhecimento do tipo e quantidade de AF. Surpreendentemente, existe uma grande percentagem da amostra que reporta ter conhecimento sobre o tipo e quantidade de AF que deve realizar por semana. Assim como concluído anteriormente neste estudo e indo ao encontro das pesquisas anteriores, isto pode estar relacionado com a ambientes impulsionadores de conhecimento dos benefícios da atividade física. A Organização Mundial da Saúde recomenda a adoção de instrumentos estratégicos para a formação de profissionais e a distribuição de recursos para a promoção da AF e, por outro lado, que sejam criadas condições onde existam ambientes promotores de AF nos locais onde as pessoas vivem e trabalham e que identifiquem as vantagens de ter um estilo de vida mais ativo, diminuindo assim o sedentarismo.

### *Variação da Qualidade de Vida em função do Historial de Prática Desportiva*

A percentagem de praticantes de DpT que não têm histórico de prática desportiva no passado é elevada (40.68%). Os praticantes de DpT com mais de 4 anos de prática desportiva no passado, apresentaram valores superiores de QdV comparativamente ao grupo de praticantes sem passado desportivo. A AF nos adultos, realizada de forma frequente, age de forma positiva em alguns indicadores de saúde, como por exemplo, o aumento da longevidade (Blair, 1993, e Simons-Morton e col., 1990), a diminuição de alguns fatores de risco como a obesidade e stress (Blair, 1993 e Corbin, 1987). Todos estes fatores estão fortemente correlacionados com a QdV. Os resultados do presente estudo suportam esta relação entre a prática desportiva regular e um aumento da QdV. Estes resultados são igualmente corroborados por diversos estudos epidemiológicos que indicam que a prática regular de AF e uma maior aptidão física estão associadas a uma menor mortalidade e melhor QdV na população adulta (Paffenbarger, 1994, Blair et al., 1995, ACSM, 2013). Contudo, torna-se pertinente ressaltar que para a obtenção de melhorias na QdV, a AF deve ser realizada de forma moderada e com os devidos tempos de descanso.

### *Qualidade de Vida e nível educacional*

Por outro lado, os participantes do nosso estudo com um nível educacional mais baixo possuíam valores médios inferiores na QdV em comparação aos participantes com nível educacional superior. Diferentes níveis de escolaridade estão relacionados a diferentes hábitos e atitudes (Santana & Vaz, 1999; Vintém, 2008). Resultados similares foram alcançados noutros estudos realizados por Aguilar et al. (2009), Regidor et al. (2009) e Vuilemin et al. (2005). A justificativa para que indivíduos com ensino superior possuam maiores níveis de QdV pode sustentar-se no fato destes possuírem um acesso maior à informação a nível da saúde. Outro possível fator que possa influenciar uma visão mais positiva da vida é a condição psicológica que o indivíduo se encontra, parecendo ser logicamente mais favorável nos indivíduos com formação superior, pela possibilidade de possuírem melhores empregos, melhores condições financeiras e uma maior satisfação com a vida e menores preocupações com problemas quotidianos oriundos de fatores económicos e sociais.

### *Atividade física e nível educacional*

Neste estudo o nível educacional não estava relacionado com os níveis de AF total. Contudo, sabe-se que a maioria das pessoas que abandonaram a educação aos 15 anos (73%) afirmam que nunca praticaram ou praticam AF, descendo para 52% daqueles que terminaram a educação entre 16 e 19 anos, e 31% dos que terminaram o ensino com 20 anos ou mais (EC, 2017). Embora a educação seja considerada uma base imprescindível para uma vida ativa e plenária (ONU, 2003), no presente estudo não se conseguiu encontrar esta relação entre o nível de escolaridade e os níveis de AF. Possivelmente, por se tratar de uma população já ativa, essa relação tenha sido mascarada.

### *Atividade Física e Qualidade de Vida*

A relação entre o nível de AF e o score da QdV foi um dos principais tópicos investigados neste estudo. No nosso estudo, os praticantes de DpT com um nível superior de AF eram aqueles que auto percecionavam um valor mais elevado no score de QVRS (componentes física e mental). Trabalhos anteriores demonstraram que a participação em diferentes formas de AF relaciona-se positivamente com a saúde mental (Bouchard et al., 1990). Adicionalmente, vários estudos vêm comprovado que o exercício físico regular e níveis superiores de aptidão física estão relacionados com a prevenção e reabilitação de doenças, e com melhoria na QdV (Pate et al., 1995; Pucci et al., 2012; ACSM, 2013). Na mesma linha, Rejeski et al. (1996), num estudo de revisão concluiu que existem evidências positivas na relação entre AF e QdV, com melhorias na aptidão física e uma redução nos níveis de ansiedade e de depressão. Também Pucci et al. (2012) publicaram a cerca da relação entre a prática de AF e a QdV em indivíduos adultos. Segundo estes autores, a principal conclusão é que existe uma associação positiva entre a prática de AF e a percepção de QdV, e que varia de acordo com os domínios da QdV. Em Portugal num estudo com uma amostra de 185 adultos idosos, de ambos os sexos, a AF foi avaliada de forma objetiva por acelerometria e a QdV através do questionário SF-36 (Lobo al., 2008). Os autores relatam haver uma associação entre AF moderada e os domínios da função física e dor física. Além disso, os homens que são ativos e que realizam AF moderada apresentaram melhor função física, vitalidade e saúde mental, quando comparados aos indivíduos inativos.

A identificação da AF como um fator preponderante da QdV tem sido estudada em múltiplos contextos. Vuilemin et al. (2005) analisaram a AF no tempo de lazer e os níveis de QdV em 2333 homens e 3321 mulheres. Os resultados determinaram que todos

os indivíduos que cumprem com as recomendações de AF semanal obtêm valores superiores em todos os domínios da QdV quando comparados aos indivíduos que não atingem os mínimos. Antunes et al. (2005) aplicaram o questionário SF-36 num grupo de 46 adultos idosos entre 60 e 75 anos, sendo que 23 indivíduos compuseram o grupo de controle e os restantes completaram o grupo experimental. Os adultos idosos que compuseram o grupo experimental foram submetidos a um programa de AF do tipo aeróbia na bicicleta, 3 vezes por semana durante 6 meses. Os sujeitos começaram com um mínimo de 20 minutos e progrediram até aos 60 minutos. Após os 6 meses o grupo experimental apresentou melhores scores nas 8 dimensões que compõem a QdV.

No que diz respeito ao Índice de Atividade Física no Trabalho (IAFT), no nosso estudo, apenas verificamos diferenças com significado estatístico na variável educação, isto é, os praticantes de DpT com níveis inferiores de escolaridade têm IAFT superiores aos participantes com formação superior. Estes resultados confirmam que as pessoas com um nível educacional mais baixo normalmente têm profissões mais exigentes do ponto de vista físico. Pelo contrário, um nível educacional elevado está associado a profissões mais sedentárias. O Dr. James A. Levine, Suthar (2014) refere que “*sentar é o novo fumar*” e que esta ação, quando prolongada no tempo, é prejudicial para a saúde independentemente de cumprirmos ou não com as recomendações da AF. É pois, importante encontrar estratégias para aumentar a prática de AF, mas também para reduzir o seu tempo despendido em comportamentos sedentários. Estando em crescendo o número de ocupações profissionais onde a AF é muito reduzida, as pausas parecem ser ótima estratégia de forma reduzir o tempo de comportamento sedentário no local de trabalho (Aittasalo et al., 2012; Jurakic et al., 2014).

Em relação ao Índice de Atividade Física no Desporto (IAFD), no que respeita à sua relação com as determinantes sociodemográficas estudadas, verificou-se que os homens apresentaram um índice superior de AF comparativamente às mulheres. No que diz respeito à idade, verificou-se que as pessoas mais velhas reportaram valores médios inferiores comparativamente aos mais novos. Isto é, os participantes com 18-39 anos apresentam maior consistência nos resultados do que os praticantes com idades iguais ou superiores aos 60 anos. Outro dado muito interessante no nosso estudo é que os praticantes com formação superior são aqueles que apresentam um nível de prática desportiva regular mais elevada. Possivelmente, são pessoas mais informadas sobre os benefícios da prática de AF regular e acabam por se envolver mais.

Quanto ao Índice de Atividade Física nos Tempos de Lazer (ISFTL), a única determinante sociodemográfica com diferenças estatísticas significativas no presente estudo foi o género. Os homens realizam mais AF nos tempos livres do que as mulheres. Num estudo realizado por Camões e Lopes (2008) a prevalência de sedentarismo em Portugal foi de 87,8% na AF de lazer, sendo que 13% dos inquiridos reportaram realizar pelo menos 30 minutos de AF de lazer em 1 ou mais dias da semana. Contudo, apenas 3,3 % realizam AFs de lazer mais vezes por semana. Wendel-Vos et al. (2004) avaliaram a associação entre a AF no período de lazer e a QdV, através de um estudo de coorte. Foram avaliados 1871 indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino, dos 26 aos 65 anos em diferentes tipos de intensidade de AF (baixa, moderada e alta). Os resultados mostraram associações entre AF moderada e AF intensa com melhores perceções gerais de saúde, na vitalidade, na função física e desempenho físico. Ainda foi possível diagnosticar mudanças na AF de lazer associadas à alteração na função social no sexo masculino e sexo feminino e aumento na vitalidade e saúde mental dos homens. Outro estudo desenvolvido por Blacklock et al. (2007), analisaram a relação entre a caminhada regular, o nível de AF e a QdV. Neste estudo desenvolvido em 351 homens e mulheres verificaram-se associações similares entre o total de AF e a caminhada quando comparados os scores de QdV de ambas. A diferença estatisticamente significativa deu-se nos domínios da saúde geral, função social e vitalidade, tanto na caminhada quanto no total de AF (que também incluída a caminhada).

Na europa os níveis de AF durante o período de lazer são muito superiores nos países no Norte, com destaque para a Finlândia e suécia, onde mais de 90% da população realiza AF durante o período de lazer. Em contrapartida, Portugal apresentou a mais baixa estimativa de AF durante o tempo de lazer, apenas 47% da população relatou fazer alguma AFTL (Martinez-Gonzalez et al., 2001). Referindo ainda o mesmo estudo, a percentagem de AF durante o tempo de lazer foi maior em indivíduos com o nível educacional superior, sendo que os homens relatam uma maior percentagem de AF comparativamente às mulheres, encontrando resultados semelhantes a este estudo. A literatura aponta que a prática de AFTL é mais frequente entre homens jovens (Azevedo et al., 2007; Bauman et al., 2012). A faixa etária jovem é a mais ativa, especialmente entre as idades de 18 a 24 anos conforme apontado em noutros estudos (Mielke et al., 2012; Hallal et al., 2009).

## *A Atividade Física como um Preditor da Qualidade de Vida*

Um dos resultados mais importantes do presente estudo são referentes às análises de regressão hierárquica múltipla, onde se procurou investigar as relações entre a QdV (score total; componentes física e mental) e as dimensões da AF, quando outros fatores importantes, tais como o perfil de saúde, a depressão, o nível educacional, o sexo e a idade eram controlados. Esta análise permitiu-nos quantificar o peso individual da AF na explicação da variância da QdV, quando todas as outras variáveis são controladas. O modelo final que inclui todas as variáveis anteriores explicou aproximadamente 37% da variação total da QdV (score total), 46% na componente física e 23% na componente mental. Entre as dimensões da AF, o índice desportivo manteve-se no modelo final como um preditor significativo do score total da QdV (13%) e componente física (15%). Estes resultados comprovam a importância das pessoas se envolverem numa prática desportiva organizada para atingirem maiores benefícios na QdV. Portanto, embora se confirme a relação entre a AF e a QdV, a mensagem a reter é que não é qualquer AF que suporta uma melhor QdV. A AF deve ser uma atividade desportiva, regular e orientada. Contudo, quando se explora a componente mental da QdV, os resultados não são tão claros. Conclui-se que existam outras variáveis mais potentes do que a prática desportiva para a explicação da componente mental da QdV.

Outros resultados interessantes neste estudo é a direção das correlações entre as determinantes sociodemográficas e a QdV. O score total da QdV estava positivamente relacionado ao IAFD, ao nível educacional e negativamente ao score do questionário PAR-Q, presença de depressão e sexo (i.e., uma queda de 9% no score total da QdV para mulheres em comparação com homens). Isto significa que quanto maior for o IAFD e o nível educacional maior será o score total da QdV. Por outro lado, quanto maior for o score do questionário PAR-Q e a depressão, menor será o score total da QdV.

Ao analisar as relações entre a componente física da QdV (SF-12) e as dimensões da AF, verifica-se que no modelo final, a componente física da QdV esteve relacionada positivamente ao IAFD, nível educacional e negativamente ao score do PAR-Q, presença de depressão e idade. Este quadro de resultados afasta-se ligeiramente aos reportados na literatura, embora, alguns estudos referirem ser essencial a execução de um programa regular com uma componente aeróbica, sobrecarga muscular e de flexibilidade (ACSM, 2002) para obter efeitos positivos na componente física da QdV. Com esta análise percebe-se que, de uma maneira geral, a prática regular de AF contribuiu para a QdV e

para a saúde, fazendo com que as pessoas se sentiam melhores consigo (Fox, 1997). Neste sentido, importa incentivar a população para a adoção de um estilo de vida ativo e manutenção da prática desportiva (Pitanga, 2002).

No que concerne às relações entre a componente mental da QdV (SF-12) e as dimensões da AF no modelo final, a componente mental da QdV está negativamente relacionada ao score do PAR-Q, presença de depressão e género, isto querendo mencionar uma diminuição de 12% na componente mental da QdV das mulheres em comparação aos homens. Este resultado é semelhante aos resultados encontrados na literatura, em que Lyubomirsky, (2001) reforça esta tendência uma vez que verificou que os indivíduos ao estarem envolvidos na prática desportiva têm mais probabilidade de sentirem-se bem consigo próprios e mais confiantes, contribuindo para o seu bem-estar físico, mental e afetivo. Simões (2010), classificou os benefícios da AF como “*benefícios psicológicos*” e “*benefícios físicos*” sendo que as mulheres referiram que o maior contributo do exercício físico estava relacionado com os “*benefícios psicológicos e físicos*” enquanto os homens consideravam os benefícios isoladamente, ou seja, consideraram “*benefícios físicos*” ou “*benefícios psicológicos*”. Os nossos resultados sustentam que as mulheres expressam mais os seus sentimentos e relacionam a prática desportiva mais com o bem-estar psicológico enquanto os homens dão mais importância à saúde física e a autoestima.

## 6 Capítulo: Considerações finais

Ao finalizarmos esta pesquisa, é fundamental procedermos a uma apreciação global de todo o processo de investigação, que possibilite uma reflexão sobre os aspetos que se revelam mais pertinentes ao longo destas análises. Neste capítulo iremos responder a cada uma das hipóteses de estudo levantadas anteriormente.

No que diz respeito à  $H_1$ , os resultados alcançados confirmam a hipótese inicial e permitem justificar a associação positiva entre a AF e QV, ou seja, os homens e os participantes mais novos têm um nível superior de AF e QVRS comparativamente às mulheres e às pessoas mais velhas.

No que respeita à  $H_2$ , confirmou-se que o grupo que possui mais conhecimentos sobre o tipo e quantidade necessária de prática de AF semanal, apresentou valores superiores de QdV (componente física) comparativamente aos que não possuem nenhum conhecimento.

Na  $H_3$ , colocámos a hipótese de que o número de anos de prática desportiva passada influenciaria positivamente a QVRS e a AF atual em praticantes regulares de DpT. No que respeita à componente física da QdV, os participantes com mais de 4 anos de prática desportiva passada ostentavam valores superiores em comparação aos que estão a praticar pela primeira vez a prática desportiva. Resultados similares foram igualmente verificados para a AF., ou seja os praticantes que possuem uma prática desportiva passada há mais de 4 anos reportaram valores mais altos de AF.

No que diz respeito à  $H_4$ , se o nível educacional está positivamente correlacionado com o nível de AF e de QVRS, confirma-se que os praticantes de DpT com um nível educacional mais alto reportaram uma melhor QdV (componente física). Adicionalmente, os praticantes de DpT com níveis inferiores de escolaridade apresentam uma AF no trabalho superior aos participantes com formação superior. Resultados oposto foram observados na AF no Desporto, onde um nível educacional superior estava associado a valores mais elevados de AF.

Finalmente, no que diz respeito à  $H_5$ , confirmou-se que de entre as dimensões da AF, o índice desportivo manteve-se no modelo final como um preditor significativo do score total da QdV. Os nossos resultados sublinham a importância das pessoas se envolverem numa prática desportiva organizada para atingirem maiores benefícios na QdV.

As conclusões deste estudo, constituem subsídios para a elaboração de estratégias para a melhoria da QdV dos residentes na RAM. Além disso, os resultados da presente pesquisa poderão servir como base para a adoção de estilos de vida mais ativos e saudáveis para a obtenção de melhorias QdV, resultando desta forma numa visão mais positiva da vida. Devem ser estimulados mais estudos que investiguem a associação entre AF e QdV, em pessoas que já fazem prática de exercício físico regular e outras que não fazem qualquer tipo de atividade. Este estudo deixa um contributo teórico-prático para os profissionais de desporto, que vêm aqui uma forma de fundamentar o seu trabalho, mas também para a população em geral, que fica informada sobre as vantagens de se envolver em programa de AF organizados. Este trabalho representou um enriquecimento face à descoberta de novas matérias, esperando ter criado condições e até mesmo um ponto de partida para novas apostas em termos de investigação.

## 6.1 Implicações práticas

Como podemos verificar anteriormente, atualmente os profissionais possuem conhecimento suficiente sobre as estratégias eficientes e promissoras para agir de imediato com o intuito de implementar programas e políticas públicas para viver de forma mais ativa. Ao analisar os resultados obtidos nesta investigação verificamos que a AF é um meio fundamental para melhorar a saúde física e mental da população, mas sempre havendo a necessidade de assegurar a monitorização da AF, usando medidas consistentes ao longo do tempo, assegurando que os objetivos e os planeamentos dos programas sejam mais eficazes.

Emerge destes resultados a consideração inequívoca de que o sexo feminino apresenta níveis inferiores de AF e QdV. Esta diferença deve ser considerada pelos profissionais do exercício no desenho de programa de atividade física mais individualizados.

O incentivo à manutenção de hábitos de vida saudáveis, parece ser uma estratégia profícua para uma melhor QdV. No caso do presente estudo, há evidências de que o investimento primário na oferta de programas de AF pode melhorar as condições de vida dos praticantes. Ações informativas e formativas devem também ser organizadas em conjunto com os associados para os técnicos e para a população em geral. Os resultados deste estudo suportam a implementação de ações de promoção e divulgação

do DpT devendo-se considerar o nível educacional dos praticantes. As formações devem contemplar conteúdos de educação para a saúde, valorizando a transmissão de conhecimentos científicos, mas também combater as lacunas de conhecimento dos profissionais, ações direcionadas à qualificação dos processos de trabalho considerando as especificidades da associação e as necessidades do trabalho real.

Considerando que a percentagem de participantes de DpT nesta amostra sem histórico de atividade desportiva é elevada, futuros cuidados acrescidos na prescrição do exercício devem ser considerados. Este aspeto sublinha a importância de haver cuidados adicionais com a avaliação pré-exercício, que devem ser tidos em consideração no planeamento das atividades de DpT, particularmente nos adultos idosos que apresentam uma diminuição da QdV e AF.

Embora se tenha verificado uma relação inequívoca neste estudo entre a AF e a QdV, a mensagem a reter é que não é qualquer AF que suporta uma melhor QdV. A prática de AF regular e organizada, deve ser privilegiada, se os praticantes quiserem ter benefícios na sua QdV. Neste aspeto é importante salientar a importância dos profissionais da área do exercício bem como as orientações de recomendações das instituições.

## 7 Bibliografia

- Aittasalo, M., Rinne, M., Pasanen, M., Kukkonen-Harjula, K., & Vasankari, T. (2012). Promoting walking among office employees – evaluation of a randomized controlled intervention with pedometers and e-mail messages. *BMC Public Health*, *12*(1), 403-413.
- Alves, J. G. B. (2003). Atividade física em crianças: promovendo a saúde do adulto. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, *3*(1), 5-6.
- American College of Sports Medicine. (2014). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (9<sup>th</sup> edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Arslantas, D., Unsal, A., Metintas, S., Koc, F., & Arslantas, A. (2009). Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *48*, 127-131. doi:10.1016/j.archger.2007.11.005
- Azevedo, M. R., Araújo, C. L., Reichert, F. F., Siqueira, F. V., da Silva, M. C., & Hallal, P. C. (2007). Gender differences in leisure-time physical activity. *International Journal of Public Health*, *52*(1), 8-15.
- Baecke, J. A., Burema, J., & Frijters, J. E. (1982). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *36*, 936-942.
- Baptista, F., Santos, D.A., Silva, A.M., Mota, J., Santos, R., Vale, S., ... Sardinha, L.B. (2012). Prevalence of the portuguese population attaining sufficient physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *44*(3), 466-473.
- Baptista, F., Silva, A., Santos, D., Mota, J, Santos, R., Vale, S., ... Moreira, H. (2011). *Livro Verde da Atividade Física*. Lisboa: Observatório Nacional de Atividade Física e do Desporto, Instituto do Desporto de Portugal, I.P., Presidência do Conselho de Ministros.
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet*, *380* (9839), 258-271.

- Becker, A. (2013). *Exercício físico, qualidade de vida e autoestima global em idosos portugueses: um estudo exploratório do instrumento Whoqol-old*. Consultado a 16 ago. 2019. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/25068>.
- Bize, R., Johnson, J., & Plotnikoff, R. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*, 45(6), 401-415.
- Bouchard, C., & Shephard, R. J. (1994). Physical activity, fitness, and health: the model and key concepts. In C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health: international proceedings and consensus statement* (pp. 77-88). Champaign IL: Human Kinetics Publishers.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissig, A., ... Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56(4), 269-306.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cabral, M. V., Silva, P. A., & Mendes, H. (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Editora Imprensa de Ciências Sociais.
- Camões, M., & Lopes, C. (2008). Factores associados à actividade física na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 206-216.
- Carta Europeia do Desporto. (1992). Artigo nº 6. Consultado a 18 set. 2019. Disponível em <http://www.idesporto.pt/DATA/DOCS/LEGISLACAO/Doc120.pdf>.
- Caspersen, C., Powell, K. & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 126-131.
- Cassidy, K., Kotynia-English, R., Acres, J., Flicker, L., Lautenschlager, N. T., & Almeida, O. P. (2004). Association between lifestyle factors and mental health measures among community-dwelling older women. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 940-947.

- Chyun, D. A., Melkus, G. D., Katten, D. M., Price, W. J., Davey, J. A., Grey, N., ... Wackers, F. J. (2006). The association of psychological factors, physical activity, neuropathy, and quality of life in type 2 diabetes. *Biological Research for Nursing*, 7(4), 279-288.
- Costa, R. (2008). *O efeito da educação sobre estado de saúde individual no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Econômicas, UFMG, Belo Horizonte.
- Day, H., & Jankey, S. G. (1996). Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications* (pp. 39-50). Thousand Oaks: Sage Publications.
- DGS (2009). *Orientações da União Europeia para a atividade física: políticas recomendadas para a promoção da saúde e do bem-estar*. Lisboa: Direcção Geral da 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. doi:10.1016/j.ypmed.2011.02.017
- Elavsky, S., McAuley, E., Motl, R. W., Konopack, J. F., Marquez, D. X., Hu, L., ... Diener, E. (2009). Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem, and affective influences. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(2), 138-145.
- European Commission, EC. (2014). *Sport and Physical Activity. Special Eurobarometer 412/ Wave EB 80.2*. EC Directorate General Education and Culture.
- European Commission, EC. (2017). *Sport and Physical Activity. Special Eurobarometer 472/ Wave EB88.4*. EC Directorate General Education and Culture.
- Faria, C. D., Teixeira-Salmela, L. F., Nascimento, V. B., Costa, A. P., Brito, N. D., & Rodrigues-De-Paula, F. (2011). Comparação dos instrumentos de qualidade de vida Perfil de Saúde de Nottingham e Short Form-36 em idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(5), 399-405.
- Ferreira, P. L., Noronha Ferreira, L., & Nobre Pereira, L. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163-171. doi:10.1016/j.rpsp.2012.12.007

- Fox, K. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In K. R. Fox (Ed.), *The Physical Self: from motivation to well-being* (Chap. 5, pp.111-140). Human Kinetics Publishers.
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., ...Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 health survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171-1178.
- Gary, R. (2006). Exercise self-efficacy in older women with diastolic heart failure: Results of a walking program and education intervention. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(7), 31-39.
- Giuli, C., Papa, R., Bevilacqua, R., Felici, E., Gagliardi, C., Marcellini, F., ... Tirabassi, G. (2014). Correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight older adults: an observational study. *BMC Public Health*, 14, 35.
- Glaner, M. F. (2003). Importância da aptidão física relacionada à saúde. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 5(2), 75-85.
- Hallal, P. C., Bauman, A. E., Heath, G. W., Kohl, H. W., Lee, I. M., & Pratt, M. (2012). Physical activity: more of the same is not enough. *The Lancet*, 380(9838), 190-191.
- Hallal, P. C., Knuth, A. G., Reis, R. S., Rombaldi, A. J., Malta, D. C., Iser, B. P. M., ...Florindo, A. A. (2011). Tendências temporais de atividade física no Brasil (2006-2009). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(Suppl. 1), 53-60.
- Hamilton, M. T., Hamilton, D. G., & Zderic, T. W. (2007). Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. *Diabetes*, 56(11), 2655-2667.
- Haskell, W. L., Lee, I.-M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., ... 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 and Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1423-1434.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., ...Campbell, J. L. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 1:57- 67.

- Howard, L. S., & Hughes, R. J. (2013). NICE guideline: management of venous thromboembolic diseases and role of thrombophilia testing. *Thorax*, 68(4), 391-393.
- INE, Instituto Nacional de Estatística, I.P., & INSA, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2009) *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, Portugal.
- Instituto do Desporto de Portugal, I.P., IDP. (2011). *Livro Verde da Actividade Física*. Lisboa.
- IPAQ Group (2005). *Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): short and long forms*. Disponível em <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>.
- Jette, A. M. (1993). Using health-related quality of life measures in physical therapy outcomes research. *Physical Therapy*, 73(8), 528-537.
- Jóia, L. C., Ruiz, T., & Donalísio, M. R. (2008). Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 17, 187-194.
- Jurakic, D., Golubić, A., Pedisic, Z., & Pori, M. (2014). Patterns and correlates of physical activity among middle-aged employees: A population-based, cross-sectional study. *International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health*, 27(3), 487-497.
- Katzmarzyk, P. T., Church, T. S., Craig, C. L., & Bouchard, C. (2009). Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(5), 998-1005.
- Lahti, J., Holstila, A., Manty, M., Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2016). Changes in leisure time physical activity and subsequent disability retirement: A register linked cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 99. doi:10.1186/s12966016-0426-2
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219-229. doi:10.1016/s0140-6736(12)61031-9
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56(3), 239-249.

- Malina, R., Bouchard, C., & Bar-Or, O. (2004). *Growth, maturation, and physical activity* (2<sup>nd</sup> edition). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Martins, R. (2006). *Exercício físico e saúde pública*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Matsudo, S., & Matsudo, V. (2000). Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 6(4), 19-30.
- Mello, M. T., Boscolo, R. A., Esteves, A. M., & Tufik, S. (2005). O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(3), 203-207.
- Meneguci, J., Santos, D. A. T., Silva, R. B., Santos, R. G., Sasaki, J. E., Tribess, S., ... Júnior, J. S. V. (2015). Comportamento sedentário: conceito, implicações fisiológicas e os procedimentos de avaliação. *Motricidade*, 11(1), 160-174. Disponível em <https://dx.doi.org/10.6063/motricidade.3178> .
- Mielke, G. I., Hallal, P. C., Malta, D. C., & Lee, I. M. (2014). Time trends of physical activity and television viewing time in Brazil: 2006-2012. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 101.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2975.pdf> .
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato de saúde, Portugal*. Ministério da Saúde, Portugal. Consultado a 18 set. 2019. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf) .
- Molzahn, A., Skevington, S. M., Kalfoss, M., & Makaroff, K. S. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Quality of Life Research*, 19, 293-298. doi: 10.1007/s11136-009-9579-7
- Mota, J., Ribeiro, J. L., Carvalho, J. & Matos, M. G. (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20(3), 219-225.
- Mummery, K., Schofield, G., & Caperchione, C. (2004). Physical activity dose response effects on mental health status in older adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28(2), 188-192.

- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida na velhice*. Campinas: Papirus (Coleção Vivacidade).
- Olson, S. H., Iyer, S., Scott J., Erez, O., Samuel, S., Markovits T., ... Kurtz, R. C. (2005). Cancer history and other personal factors affect quality of life in patients with hepatitis C. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 39.
- OMS (2014). *Conceito de Atividade Física*. Consultado a 16 set. 2019. Disponível em [http://actbr.org.br/uploads/arquivo/957\\_FactSheetAtividadeFisicaOMS2014\\_port\\_R EV1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/arquivo/957_FactSheetAtividadeFisicaOMS2014_port_R EV1.pdf).
- OMS (2016). *Conceito de Saúde segundo OMS/WHO*. Consultado a 16 set. 2019. Disponível em [https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro\\_internacional\\_saude/documentos/textos\\_referencia/00\\_palavra\\_dos\\_organizadores.pdf](https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizadores.pdf).
- Organização das Nações Unidas. (2003). *Plano Internacional para o Envelhecimento*. Consultado a 26 abr. 2020. [em linha]
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Cuidados inovadores para condições crônicas. Componentes estruturais de ação. Relatório mundial*. Consultado a 1 mar. 2019. Disponível em: <http://www.who.int/chronic-conditions/en>.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E., & Cecon, P.R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 27-38.
- Piirtola, M., Kaprio, J., Kujala, U. M., Heikkila, K., Koskenvuo, M., Svedberg, P., ... Ropponen, A. (2016). Association between education and future leisure-time physical inactivity: a study of Finnish twins over a 35-year follow-up. *BMC Public Health*, 16, 720. doi:10.1186/s12889-016-3410-5
- Pitanga, F. (2002). Epidemiologia, atividade física e saúde. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 10(3), 49-54.
- PORDATA (2014). *Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino e masculino: total e por anos de vida saudável e não saudável – Europa*. Consultado a 19 abr. 2020. Disponível em <http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

- Reis, R. S., Petroski, E. L., & Lopes, A. S. (2000). Medidas da atividade física: revisão de métodos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 2(1), 89-96.
- Ribeiro, J. P. (2005). *O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde - SF- 36*. Lisboa: Merck Sharp & Dolme.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento ativo. In O. Ribeiro & C. Paúl (Coord.), *Manual de envelhecimento ativo* (pp. 1-12). Lisboa: Lidel.
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H. A., Lattorre, M. R. D., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37 (1), 40-48.
- Sajid, M. S., Tonsi, A., & Baig, M. K. (2008). Health-related quality of life measurement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(4), 365-373.
- Santana, P., & Vaz, A. (1999). Os serviços de saúde e as mulheres. In Ministério da Saúde, DGS (Ed.), *A saúde da mulher em Portugal* (pp. 133-161). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Santos, R., Silva, P., Santos, P., Ribeiro, J. C., & Mota, J. (2008). Physical activity and perceived environment attributes in a sample of Portuguese adults: results from the Azorean physical activity and health study. *Preventive Medicine*, 47(1), 83-88.
- Schoeller, A. D., & Racette, S. B. (1990). A review of field techniques for assessment of energy expenditure. *Journal of Nutrition*, 120 (11 Suppl), 1492-1495.
- Seabra, A. F. T., Maia, J. A. R., Mendonça, D. M., Thomis, M., Caspersen, C. J., Fulton, J. E. (2008). Age and sex differences in physical activity of Portuguese adolescents. *Medicine and Science of Sports and Exercise*, 40(1), 65-70.
- Silva, C. S., Marques, A., Mendes, R., Silva, M. N., Tomás, R., & Teixeira P. J. (2018). *The Portuguese physical activity barometer: perceptions, attitudes, motivation, and knowledge*. Trabalho apresentado no 7th International Society for Physical Activity and Health Conference; London.
- Silva, D. A. S., Pereira, I. M. M., Almeida, M. B., Silva, R. J. S., & Oliveira, A. C. C. (2012). Estilo de vida de académicos de educação física de uma universidade pública do estado de Sergipe, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 34(1), 53-67.

- Silva, N. M. S. (2003). *Cálculo dos índices de actividade física na Região Autónoma da Madeira: Funchal - restantes Concelhos*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto na área de Recreação e Lazer, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Porto.
- Simões, M. (2010). *Exercício físico e felicidade - estudo realizado com adultos num health club*. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte/Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (1999). Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 5(6), 207-211.
- Sousa, K. J. Q., & Borges, G. F. (2016). Estilo de vida, atividade física e coeficiente acadêmico de universitários do interior do Amazonas-Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(4), 277-284.
- Special Eurobarometer 472. (2018). *Sport and physical activity*. Brussels: European Commission.
- Spiriduso, W. W., Francis, K. L., & MacRae, P. G. (2005). *Physical dimensions of aging* (2<sup>nd</sup> edition). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Suthar, N. (2014). Sitting is the new smoking: is there a "NEAT DEFECT"? *NHL Journal of Medical Sciences*, 3(2), 5-6.
- Tavares, J. P. A., & Nunes, L. N. V. (2007). Comportamento de saúde e de evitamento do risco em operários fabris. *Revista Referência*, 5, 23-35.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Välimäki, I., Wanne, O., & Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 267-273.
- Thiem, U., Klaaben-Mielke, R., Trampisch, U., Moschny, A., Pientka, L., & Hinrichs, T. (2014). Falls and EQ-5D rated quality of life in community-dwelling seniors with concurrent chronic diseases: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 2.
- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34(12), 1996-2001.

- Twisk, J. W. R. (2001). Physical activity guidelines for children and adolescents: a critical review. *Sports Medicine*, 31(8), 617-627.
- US Department of Health and Human Services, USDHHS. (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans: Be Active, Health and Happy*. Washington D.C.
- Vaz de Almeida, M. D., Graça, P., Afonso, C., D'Amicis, A., Lappalainen, R., & Damkjaer, S. (1999). Physical activity levels and body weight in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition*, 2(1), 105-113.
- Vintém, J. M. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(2), 5-18.
- Vuori, I., Paronen, O., & Oja, P. (1998). How to develop local physical activity promotion programmes with national support: the Finnish experience. *Patient Education and Counseling*, 33 (Suppl 1), S111-S120.
- Wanderley, F. A., Silva, G., Marques, E., Oliveira, J., Mota, J., & Carvalho, J. (2011). Associations between objectively assessed physical activity levels and fitness and self-reported health related quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 20(9), 1371-1378. doi: 10.1007/s11136-011-9875-x.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1995). *SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales* (2<sup>nd</sup> edition). Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- WHO. (1994). *Quality of life assessment: annotated bibliography*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (1995). *Physical Status: The use and interpretation of anthropometry*. Geneva: World Health Organization. (WHO Technical Report Series, 854).
- WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO. (2014). *10 facts on physical activity*. Disponível em [http://www.who.int/features/factfiles/physical\\_activity/en/](http://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/en/)

Willey, J. Z., Moon, Y. P., Paik, M. C., Boden-Albala, B., Sacco, R. L., & Elkind, M. S. (2009). Physical activity and risk of ischemic stroke in the Northern Manhattan Study. *Neurology*, 73(21), 1774-1779. doi:10.1212/WNL.0b013e3181c34b58

Zancha, D., Magalhães, G. B. S., Martins, J., da Silva, T. A., & Abrahão, T. B. (2013). Conhecimento dos professores de educação física escolar sobre a abordagem saúde renovada e a temática saúde. *Conexões*, 11(1), 204-217.

## **Anexos**

## **Anexo I:** Folha de Informação ao participante e consentimento informado



### **Folha de Informação ao Participante**

**Título do estudo:** “Movimento e Saúde: Um estudo longitudinal nos praticantes de Desporto para Todos na RAM” (MOVEs)

**Investigadores responsáveis:** Duarte Oliveira, Rafael Santos, Élvio Rúbio Gouveia, Bruna Gouveia, Marta Ascensão e Carina Basílio.

**Instituição de acolhimento:** Associação da Madeira de Desporto para Todos, Departamento de Educação Física e Desporto da Universidade da Madeira e Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

**Objetivos do estudo:** (1) identificar as preferências dos praticantes de DpT relativamente à tipologia das atividades desportivas e às instalações; (2) caracterizar a atividade física, a aptidão física, os fatores de risco associados às doenças cardiovasculares e a qualidade de vida; e (3) desenvolver e testar diferentes intervenções no domínio da mudança de comportamento, relativamente à atividade física.

**Procedimentos:** O(A) praticante de desporto para todos foi convidado(a) a colaborar num estudo de investigação da Associação da Madeira de Desporto para Todos, em parceria com o Departamento de Educação Física e Desporto da Universidade da Madeira, e a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. As avaliações serão realizadas no espaço desportivo e horário do treino (máximo de 90 minutos). Este estudo pretende acompanhar os praticantes de desporto para todos entre 2017 e 2020, pelo que é solicitado ao participante um contacto que permita o seguimento na segunda fase do projeto. A participação determina, em primeiro lugar, a resposta a um questionário de caracterização da prática de atividade física e do estilo de vida do praticante de desporto para todos, em papel, ou em formato online. Em média, o tempo total de resposta ao questionário é de 20 minutos. Depois do preenchimento do questionário, o(a) praticante realizará os testes antropométricos (peso, altura e perímetro da cintura) e os testes de aptidão física (força abdominal e do membro superior, flexibilidade do tronco e dos membros superiores, resistência aeróbia). Todos os testes serão aplicados por professores

de Educação Física. Iremos incentivar o(a) praticante a executar as tarefas o melhor que conseguir, dentro das suas capacidades. Depois desta primeira fase, o(a) praticante poderá ainda ser convidado(a) para a monitorização dos seus níveis de atividade física, através de um acelerómetro. Se tal acontecer, os investigadores irão entrar em contacto com o(a) participante.

**Requerimentos para a participação:** A participação do(a) praticante é voluntária e ele(a) pode recusar-se a participar no estudo. Mesmo que aceite participar ou autorize a participação do(a) seu(sua) educando(a), é importante ter conhecimento de que pode interromper ou desistir da participação a qualquer momento, sem qualquer consequência ou prejuízo. Se decidir abandonar o estudo, a sua relação com a Associação da Madeira de Desporto para Todos ou com o Clube ou Associação a que pertence, não será de modo nenhum afetada.

**Riscos:** O risco associado à participação neste estudo é idêntico ao encontrado na realização normal da prática de atividades físicas e/ou desportivas. Nenhum dos procedimentos representa qualquer tipo de risco para a saúde. No final da sessão de avaliação, poderão sentir um ligeiro cansaço ou fadiga muscular, habitual após a prática de atividades físicas e/ou desportivas, e que desaparece ao fim de uma semana. Qualquer pessoa é considerada elegível para a participação neste estudo. Excluem-se as pessoas que sofram de alguma doença ou condição médica que possa pôr em risco a sua integridade física durante as avaliações. Contudo, se o impedimento for relativo a um parâmetro de avaliação específico, o(a) praticante poderá participar nos restantes.

**Benefícios:** Este estudo e o conhecimento sobre a atividade física, a aptidão física, os fatores de risco associados às doenças cardiovasculares e a qualidade de vida desta população são de grande importância para a melhoria da oferta de atividades desportivas no âmbito do desporto para todos na região Autónoma da Madeira e a saúde dos seus participantes.

Todos os participantes têm acesso aos seus resultados pessoais. A eventual deteção de valores anómalos nos parâmetros de avaliação ser-lhe-á comunicada através da equipa de investigadores.

**Confidencialidade:** Ao participar ou autorizar a participação do(a) seu(sua) educando(a) neste estudo, assume compreender e concorda que o grupo de investigação da Associação

da Madeira de Desporto para Todos tenha acesso aos dados pessoais dos participantes e possa apenas divulgá-los em situações específicas, como exigido por lei, regulação, intimação ou ordem judicial. Cada participante terá um número de identificação pessoal que permitirá manter o anonimato. Os dados e outras informações recolhidas durante este estudo serão utilizados pelo grupo de investigação para fins de investigação, incluindo publicação e divulgação científicas, sem revelar informações pessoais. Estas informações serão destruídas depois de finalizadas todas as análises previstas nesta investigação.

**Direitos:** A equipa de investigadores assume a responsabilidade pelo desenvolvimento da investigação e disponibiliza-se para responder a qualquer dúvida. Para qualquer questão relacionada com a sua participação ou do(a) seu(sua) educando(a) neste estudo, por favor, contactar: Marta Ascensão (969564705) ou Carina Basílio (963104472).

### Consentimento informado para a participação no estudo

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado de educação de (se aplicável) \_\_\_\_\_, compreendo que todas as informações obtidas no estudo pertencem à equipa de investigação responsável. Dou o meu consentimento para a recolha dos dados (i.e., questionários sobre o estilo de vida e testes de aptidão), que serão armazenados e processados para avaliação científica. Compreendo toda a informação contida neste documento, tendo-me sido dada oportunidade de esclarecer satisfatoriamente todas as questões que apresentei. Tive o tempo necessário para decidir sobre a minha participação ou do meu educando(a) neste estudo, e sendo assim, consinto a participação e recolha de informação. Foi-me dada uma cópia deste documento.

Sim, autorizo a participação.                       Não autorizo a participação.

\_\_\_\_\_  
Praticante ou Encarregado de Educação (se aplicável)                      Data

\_\_\_\_\_  
Investigador responsável                      Data

-----  
--- ✂ Consentimento informado para a participação no estudo

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado de educação de (se aplicável) \_\_\_\_\_, compreendo que todas as informações obtidas no estudo pertencem à equipa de investigação responsável. Dou o meu consentimento para a recolha dos dados (i.e., questionários sobre o estilo de vida e testes de aptidão), que serão armazenados e processados para avaliação científica. Compreendo toda a informação contida neste documento, tendo-me sido dada oportunidade de esclarecer satisfatoriamente todas as questões que apresentei. Tive o tempo necessário para decidir sobre a minha participação

ou do meu educando(a) neste estudo, e sendo assim, consinto a participação e recolha de informação. Foi-me dada uma cópia deste documento.

Sim, autorizo a participação.  Não autorizo a participação.

\_\_\_\_\_

Praticante ou Encarregado de Educação (se aplicável)      Data

\_\_\_\_\_

Investigador responsável      Data

## Anexo II: Questionário DpT Adultos

Número de Identificação – ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Nome: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Data de Investigação \_\_\_\_ /  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_

O presente questionário enquadra-se num estudo sobre a prática de atividade física e estilos de vida de praticantes desportivos, no âmbito do Projeto “Move Now”, promovido pela Associação da Madeira de Desporto para Todos e restantes parceiros. O questionário será sempre confidencial e os dados de identificação dos participantes serão apenas utilizados para o âmbito da investigação.

### (I) DADOS DEMOGRÁFICOS

#### 1. Concelho:

Funchal  Santa Cruz  Machico  Santana  Câmara de Lobos  Calheta   
São Vicente  Ribeira Brava  Porto Moniz  Ponta do Sol  Porto Santo

#### 2. Habilitações Académicas:

Sem escolaridade  1º Ciclo  2º Ciclo  3º Ciclo  Ensino Secundário   
Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

#### 3. Ocupação:

Estudante  Empregado  Reformado/Aposentado  Desempregado  Invalidez

4. Instituição a que está associado/a:

\_\_\_\_\_

**5. Costuma participar em atividades promovidas pela sua Associação/Clube:**

Sim  Não

**5.1. Com que regularidade?**

1 vez por mês  1 vez por semana  2 a 3 vezes por semana  mais de 4 vezes por semana

**(II) CONHECIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DOS NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA**

**1. Já alguma vez foi informado/a sobre a quantidade de atividade física semanal necessária para ter benefícios na sua saúde?**

Sim  Não

**2. Já alguma vez foi informado/a sobre o tipo de atividade física mais indicada para si?**

Sim  Não

**(III) BARREIRAS À ATIVIDADE FÍSICA**

**1. Qual é o seu grau de concordância com a seguinte afirmação: Eu gosto de fazer atividades sedentárias como ver televisão ou jogar computador/consola.**

Discordo completamente  Discordo  É-me indiferente  Concordo  Concordo completamente

**2. O que pensa sobre a atividade física?**

Não gosto nada  Não gosto lá muito  É-me indiferente  Gosto bastante  Gosto mesmo muito

**3. Tomando como referência a prática de atividades físicas/desportivas que realiza, como se classifica?**

Nada ativo ou sedentário  Pouco ativo  Suficientemente ativo  Ativo  Muito ativo

**4. Selecione a opção que mais se adequa:**

	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
É seguro andar a pé ou a correr na minha vizinhança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É seguro andar de bicicleta na minha vizinhança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As pessoas que caminham ou andam de bicicleta nas ruas da minha vizinhança podem ser facilmente vistas pelas pessoas, das suas casas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe tanto trânsito que se torna difícil caminhar na minha vizinhança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Há muita criminalidade na minha vizinhança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É comum ver crianças a brincar ao ar livre na minha vizinhança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem muitos cães vadios na minha vizinhança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As ruas na minha vizinhança são bem iluminadas à noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem árvores ao longo das ruas da minha vizinhança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem muitas coisas interessantes para se ver enquanto caminho na minha vizinhança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando caminho na minha vizinhança sinto muitos fumos e maus cheiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente não existe lixo ou sujidade na minha vizinhança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na minha casa tenho equipamento desportivo que possa utilizar para fazer atividade física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A maior parte das ruas da minha vizinhança tem passeios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na minha vizinhança existem pistas para ciclistas ou percursos só para peões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perto da minha casa existem sítios onde gosto de ir e posso facilmente ir a pé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus familiares ficam preocupados que aconteça alguma coisa se for sozinho/a para algum sítio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus familiares permitem que eu caminhe na minha vizinhança sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus familiares permitem que eu ande de bicicleta na minha vizinhança sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus familiares permitem que eu utilize transporte público sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da minha casa, a pé, chego facilmente a uma paragem de transportes públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### (IV) NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA

##### 1. Qual a sua principal ocupação?

\_\_\_\_\_

##### 2. No trabalho, costuma sentar-se?

Nunca

Raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Muito frequentemente

**3. No trabalho, mantém-se de pé?**

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

**4. Anda a pé no trabalho?**

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

**5. No trabalho, pega em cargas pesadas?**

Nunca Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca

**6. Depois do trabalho sente-se cansado?**

Muito frequentemente Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca

**7. Durante o trabalho transpira?**

Muito frequentemente Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca

**8. Em comparação com os outros colegas da sua idade, pensa que o seu trabalho é fisicamente?**

Mais pesado Pesado Tão pesado Leve Mais leve

**9. Pratica algum desporto ou exercício físico regular (no mínimo 1 vez por semana)?** Sim

Não

9.1. Se Sim, qual? \_\_\_\_\_

9.2. Quantas horas por semana? <1  1 – 2  2 – 3  3 – 4   
>4

9.3. Quantos meses por anos? <1  1 – 3  4 – 6  7 – 9   
>9

**10. Se pratica um segundo desporto ou exercício físico regular (no mínimo 1 vez por semana):**

10.1. Se Sim, qual? \_\_\_\_\_

10.2. Quantas horas por semana? <1  1 – 2  2 – 3  3 – 4   
>4

10.3. Quantos anos? <1  1 – 3  4 – 6  7 – 9   
>9

**10. Em comparação com outros colegas da sua idade, pense que a sua atividade física, durante os tempos livres, é:**

Muito maior  Maior  Igual  Menor  Muito menor

**11. Durante os tempos livres transpira?**

Muito frequentemente  Frequentemente  Algumas vezes  Raramente  Nunca

**12. Durante os tempos livres pratica desporto?**

Nunca  Raramente  Algumas vezes  Frequentemente  Muito frequentemente

**13. Durante os tempos livres vê televisão?**

Nunca  Raramente  Algumas vezes  Frequentemente  Muito frequentemente

**14. Durante os tempos livres anda a pé?**

Nunca  Raramente  Algumas vezes  Frequentemente  Muito frequentemente

**15. Durante os tempos livres anda de bicicleta?**

Nunca  Raramente  Algumas vezes  Frequentemente  Muito frequentemente

**16. Quantos minutos anda a pé por dia para se dirigir ao trabalho, local de treino ou às compras?**

<5  5-15  15-30  30-45  >45

**17. No passado praticou algum desporto ou exercício físico regular (no mínimo 1 vez por semana)?**

Sim  Não

17.1. Se Sim, qual? \_\_\_\_\_

17.2. Durante quantos meses? <1  1 – 2  2 – 3  3 – 4   
>4

17.3. Durante quantos anos? <1  1 – 3  4 – 6  7 – 9   
>9

## (V) MOTIVOS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

### 1. Quais as razões que o levam a praticar atividade física?

Estar em forma  Para me sentir bem  Estar bem de saúde  Manter peso adequado  Melhorar a aparência  Aumentar a auto-estima e a confiança  Efeitos psicológicos positivos  Diversão  Reduzir o stress e relaxar  Ajudar a diminuir a pressão do dia a dia  Perder peso  Pela companhia

## (VI) FATORES DE RISCO GERAIS

1. Quantas horas, em média, dorme por noite? \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

2. Durante a última semana, quanto tempo esteve sentado por dia? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

3. Por dia, quanto tempo passou a ver Televisão e/ou no computador? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

4. Fuma atualmente? Sim  Não

4.1. Quantos por dia: < 0.5 maço  0.5 a 1 maço  1.5 a 2 maços  > 2 maços

### 5. Consome álcool?

Todos os dias  3 a 5 vezes por semana  1 vez por semana  Fins de semana  Apenas em ocasiões especiais  Nunca

5.1. Quantos copos? 0  1 a 2  3 a 4  5 a 6  7 a 9  mais de 9

### 6. Alimentação

Selecione a opção que mais se adequa, consoante a ingestão dos seguintes alimentos:

	Raramente ou nunca	Uma ou algumas vezes por semana	Uma vez por dia	Mais de uma vez por dia
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerveja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerantes/bebidas açucaradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sumos de fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doces (chocolates, rebuçados, pastilhas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolos ou pastelaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hambúrgueres, cachorros quentes, pizzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Batatas fritas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## (VII) BEM-ESTAR FÍSICO

### 1. Em geral, diria que a minha saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. As questões que se seguem são sobre as atividades que realiza no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o limita nestas atividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado	Sim, um pouco limitado	Não, nada limitado
2.1. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, aspirar a casa e jogar bowling ou golfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Subir vários lanços de escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir, como consequência do seu estado de saúde física?

	Sim	Não
3.1. Fez menos do que gostaria de ter feito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Sentiu-se limitado no tipo de trabalho ou outras atividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Durante as últimas 4 semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
4.1. Fez menos do que gostaria de ter feito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Não executou o seu trabalho ou outras atividades tão cuidadosamente como era costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto profissional como doméstico)?

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu, nas últimas 4 semanas. Quanto tempo?

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Um bom bocado de tempo	Algum tempo	Nunca
6.1. Sentiu-se calmo e tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2. Sentiu-se com muita energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3. Sentiu-se triste e em baixo?

**7. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitas a amigos ou familiares próximos)?**

A maior parte do

Sempre tempo Algum tempo Pouco tempo Nunca

**(VIII) FELICIDADE SUBJETIVA**

Para cada uma das questões e/ou afirmações seguintes, por favor assinale na escala, entre 1 e 7, a que parece que melhor o/a descreve.

**1. Em geral, considero-me:**

1 2 3 4 5 6 7

Uma pessoa que não é muito feliz Uma pessoa muito feliz

**2. Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:**

1 2 3 4 5 6 7

Menos feliz Mais Feliz

**3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?**

1 2 3 4 5 6 7

De modo nenhum Em grande parte

**4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?**

1 2 3 4 5 6 7

De modo nenhum Em grande parte

**(IX) FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES**

<b>1. Prontidão para a prática desportiva:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Se aplicável, toma medicação?</b>
O seu médico já lhe disse que possui um problema cardíaco e recomendou atividade física apenas sob supervisão médica?			
Sente dor no peito provocada quando faz atividade física?			
Sentiu dor no peito no mês passado?			

Já perdeu a consciência alguma vez ou sofreu alguma queda em virtude de tonturas?			
Tem algum problema ósseo ou articular que se pode agravar com a prática de atividade física?			
Algum médico já lhe prescreveu medicamentos para pressão arterial ou para o coração?			
Tem conhecimento, por informação médica ou pela própria experiência, de algum motivo que poderia impedi-lo de participar em atividade física sem supervisão médica?			



