

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE


DISSERTAÇÃO DE TESE

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA
COM SAÚDE:
COM E SEM EXERCÍCIO FÍSICO
REGULAR**

Mestrando: Osvaldo Rodrigues dos Santos

Orientador: Prof. Dr. José Luís Pais Ribeiro

Lisboa, 2002

	Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação	
Registo: _____	
Data: ____/____/____	
Tel.: 21 981 27 93 • Lisboa • Portugal	

RESUMO: O sedentarismo é um problema maior de saúde pública por implicar enormes custos (económicos, individuais, e sociais) em termos de saúde pública. Por outro lado, é difícil promover o aumento da actividade física. Ainda é pouco conhecida a relação entre a prática de exercício físico e a qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS), factor importante para a adesão a estilos de vida mais activo. **Objectivos:** (a) caracterizar a prática de actividade física em Portugal, Itália e Bélgica; (b) identificar factores-barreira e factores motivacionais para a prática de exercício físico para cada uma das populações estudadas; (c) estudar a relação entre o dispêndio energético diário médio (*DEDM*) e indicadores da QdVRS. **Métodos:** O estudo (inquérito a nível nacional) foi conduzido em Portugal, Itália e Bélgica. Em cada país foram enviados 20.000 questionários para amostras nacionais, escolhidas aleatoriamente e de forma estratificada por sexo, idade e local de residência. Os questionários recolhidos foram ponderados de forma a assegurar a representatividade nacional. Quer o *DEDM*, quer os indicadores de *QdVRS* foram avaliados através de escalas originalmente validadas e adaptadas aos países em estudo – o Baecke Questionnaire of Habitual Physical Activity e uma versão modificada do Nottingham Health Profile (NHP), respectivamente. **Resultados:** Cerca de 80% dos inquiridos afirmam ter a intenção de aumentar a prática de exercício físico, sendo a falta de tempo e a dificuldade de acesso a locais para a prática as duas razões mais apontadas para não o fazer. Todas as correlações estudadas entre *DED* e os indicadores de *QdRVR* foram muito fracas. Por outro lado, níveis inferiores de *DEDM* nas actividades profissionais foram significativamente associados a melhor *QdVRS* enquanto que níveis superiores de *DEDM* em actividades desportivas e de lazer foram associados a maior *QdVRS*. **Conclusões:** Os resultados deste estudo sugerem que a relação entre prática de exercício físico regular e *QdVRS* não é de natureza linear (embora se tenha encontrado associação entre as variáveis). Considerando que a *QdVRS* é um factor principal de adesão para qualquer intervenção na saúde, os resultados sugerem que é importante ter em conta o contexto da prática de exercício físico – trabalho, lazer ou desporto aquando da definição de programas de promoção de exercício físico e do estudo de impacto destes na *QdVRS*.

Palavras-chave: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde; Exercício físico; Actividade física; *Survey* (inquérito); Prevenção de doença; Promoção de saúde. Crenças.

SUMMARY: Sedentary habits constitute a main health problem due to its estimated public health consequences. However, it is difficult to achieve increase of physical exercise practice. Knowledge on the association between HRQoL and physical activity – determinant for the people adherence to a more active lifestyle - is still limited. **Objectives:** (a) to characterize national patterns of physical activity practice in Portugal, Italy and Belgium; (b) to identify barrier and motivational factor for the practice of regular physical exercise; (c) to study the direct relationship between daily energy expenditure average (*DEEA*) and Health Related Quality of Life (HRQoL) endpoints. **Methods:** The study (national-based survey) has been conducted in Portugal, Italy and Belgium. In each country 20.000 questionnaires have been sent to a national sample, following a randomized and stratified (per gender, age and geographical distribution) procedure. *Post-hoc* weighting has been done regarding collected data in order to maintain national representativity. Both *DEEA* and HRQoL endpoints have been assessed by originally validated and adapted scales (in each country) – Baecke Questionnaire of Habitual Physical Activity and a modified version of the Nottingham Health Profile (*NHP*), respectively. **Results:** Around 80% of respondents indicated to intend to increase their physical activity, and point out lack of time and difficulties regarding accessibility as main reasons for not doing so. Every correlation between *DEEA* and *HRQoL* indicators has been found as very weak. Moreover, low *DEEA* scores in professional activities were associated with significantly higher HRQoL scores and high levels of *DEEA* in sport and leisure activities were also found to be associated to significantly higher HRQoL scores. **Conclusions:** Data coming from this study suggest that the relationship between regular physical exercise and HRQoL is not a linear one (although it has been found association between these variables). Since HRQoL is a main compliance factor for any long-term health intervention, this results suggest that the context of physical activity practice - working activities, leisure times, sports practice - should be considered when defining physical activities programs and when studying the impact of these in HRQoL. **Keywords:** Health-Related Quality of Life; Physical exercise; Physical activity; Survey; Disease prevention; Health promotion. Beliefs.

Conteúdos.

<u>1.</u>	<u>INTRODUÇÃO</u>	8
<u>2.</u>	<u>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u>	13
2.1.	EXERCÍCIO FÍSICO E ACTIVIDADE FÍSICA	13
2.1.1.	EXERCÍCIO FÍSICO E SAÚDE	14
2.1.2.	EXERCÍCIO FÍSICO E DOENÇA	15
2.1.3.	ATÉ QUE PONTO É A ACTIVIDADE FÍSICA BOA PARA A SAÚDE?	21
2.1.4.	POTENCIAIS RISCOS E EFEITOS ADVERSOS	25
2.1.5.	CONTRA-INDICAÇÕES PARA O AUMENTO DE EXERCÍCIO FÍSICO	28
2.2.	O QUE É "QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAÚDE"?	30
2.3.	PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAÚDE	36
<u>3.</u>	<u>METODOLOGIA</u>	39
3.1.	TIPO DE ESTUDO	39
3.2.	AMOSTRAGEM	40
3.3.	OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	41
3.4.	INSTRUMENTO DE INQUÉRITO	42
3.4.1.	O NOTTINGHAM HEALTH PROFILE: MEDIÇÃO GENÉRICA DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE	44
3.4.2.	O QUESTIONÁRIO DE ACTIVIDADE FÍSICA HABITUAL DE BAECKE: MEDINDO O NÍVEL DE DISPÊNDIO ENERGÉTICO DIÁRIO (DED)	51
<u>4.</u>	<u>RESULTADOS</u>	58
4.1.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	58
4.2.	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	59
4.2.1.	TAMANHO DA AMOSTRA	59
4.2.2.	DADOS DEMOGRÁFICOS	60
4.3.	VARIÁVEIS RELACIONADAS COM A SAÚDE (AUTO-DESCRITA) DOS RESPONDENTES	69
4.3.1.	HÁBITOS TABÁGICOS	69
4.3.2.	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL	69

4.3.3.	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE PODEM LIMITAR A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO	72
4.3.4.	ACONTECIMENTOS DE VIDA RELEVANTES	72
4.4.	COMPORTAMENTOS RELACIONADOS COM A ACTIVIDADE FÍSICA	74
4.4.1.	OCUPAÇÃO DE TEMPO LIVRE	74
4.4.2.	TEMPO MÉDIO QUE AS PESSOAS DEDICAM AO TRABALHO, AO TEMPO LIVRE E À PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO	75
4.4.3.	MOTIVAÇÕES PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO	76
4.4.4.	EXERCÍCIO FÍSICO: IMPORTANTE PARA QUÊ?	76
4.4.5.	COM QUEM É QUE FAZ EXERCÍCIO FÍSICO?	78
4.4.6.	"ATÉ QUE PONTO GOSTARIA DE FAZER MAIS EXERCÍCIO FÍSICO DO QUE O QUE ESTÁ A FAZER?"	79
4.4.7.	A PRÁTICA DE DESPORTO	81
4.4.8.	DISPÊNDIO ENERGÉTICO DIÁRIO	83
4.5.	CRENÇAS RELATIVAS AO(S) EFEITO(S) DO EXERCÍCIO FÍSICO NA SAÚDE	85
4.6.	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E DISPÊNDIO ENERGÉTICO DIÁRIO MÉDIO	89
4.6.1.	COMPARAÇÕES RELATIVAS À DIMENSÃO "VITALIDADE", DO NHP	93
4.6.2.	COMPARAÇÕES RELATIVAS À DIMENSÃO "DOR", DO NHP	94
4.6.3.	COMPARAÇÕES RELATIVAS À DIMENSÃO "REACÇÕES EMOCIONAIS", DO NHP	95
4.6.4.	COMPARAÇÕES RELATIVAS À DIMENSÃO "RELAÇÕES SOCIAIS", DO NHP	96
4.6.5.	COMPARAÇÕES RELATIVAS À DIMENSÃO "SONO", DO NHP	97
4.6.6.	COMPARAÇÕES RELATIVAS À DIMENSÃO "MOBILIDADE" DO NHP	98
4.6.7.	COMPARAÇÕES RELATIVAS À PONTUAÇÃO TOTAL DO NHP	99
4.6.8.	SUMÁRIO DAS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS DE QDVRS POR NÍVEL DE DISPÊNDIO ENERGÉTICO DIÁRIO	99
5.	<u>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u>	100
6.	<u>CONCLUSÕES</u>	108
BIBLIOGRAFIA		114

Tabelas, gráficos e figuras.

Figura 1. Relação entre "quantidade" de exercício físico e risco de mortalidade (Blair et al., 1992) ...24	
Gráfico 1. Distribuição das amostras (Bélgica, Itália e Portugal) por género (%).....60	
Gráfico 2. Distribuição das amostras (Bélgica, Itália e Portugal) por categorias etárias (%)61	
Tabela 1. Valores alpha de Chronbach da versão modificada do NHP49	
Tabela 2. Estudos de validação do questionário de Baecke56	
Tabela 3. Tamanho da amostra para cada país (e respectiva taxa de resposta)60	
Tabela 4. Média de idades por país.....62	
Tabela 5. Comparação de DEDMs por grupos etários.....63	
Tabela 6. Estado civil dos respondentes, por país.....65	
Tabela 7. Comparação do DEDM por estado civil dos inquiridos65	
Tabela 8. Nível de habilitações académicas dos respondentes.....66	
Tabela 9. Tipo de área de residência67	
Tabela 10. Distribuição geográfica dos inquiridos67	
Tabela 11. Hábitos tabágicos, por país69	
Tabela 12. Prevalência dos diferentes níveis de índice de massa corporal, por país.....70	
Tabela 13. DEDM por categoria de massa corporal ($p < 0,001$ para todas as ANOVAs).....71	
Tabela 14. Prevalência de respondentes que têm pelo menos um sintoma/sinal que pode significar contra-indicação para a prática de desporto e que, todavia, iniciaram a mesma sem consulta médica72	
Tabela 15. Actividades praticadas nos tempos livres.....74	
Tabela 16. Tempo médio (horas e minutos) por dia, "gastos" em trabalho, na prática de exercício físico e em actividades de lazer (sem exercício físico).....75	
Tabela 17. Factores motivacionais para a prática de exercício físico (% de respondentes - dados ponderados)76	
Tabela 18. Importância atribuída à prática de exercício físico: importância (média) avaliada por escala de 10 pontos (dados ponderados).....77	
Tabela 19. Percentagens de respostas relativamente ao envolvimento social da prática de exercício físico.....78	
Tabela 20. Gostaria de aumentar a frequência da prática de exercício físico?.....79	
Tabela 21. Principais razões indicadas para não aumentar a prática de exercício físico: percentagem de respondentes (dados ponderados)80	
Tabela 22. Percentagem de respondentes que afirmaram praticar uma (ou mais) modalidades desportiva(s) – independentemente da frequência e intensidade com que o fazem81	
Tabela 23. As vinte modalidades desportivas mais praticadas82	
Tabela 24. DEDM, por país84	
Tabela 25. Crenças sobre os efeitos do exercício físico na saúde: percentagem de respondentes que indicaram concordar com cada uma das crenças listadas no questionário (dados ponderados) – amostra completa, amostra de inquiridores que praticam desporto, e amostra de inquiridores que não praticam desporto86	
Tabela 26. Comparação de indicadores de QdVRS (através do NHP) entre quem faz exercício físico regularmente e quem não o faz ($p < 0,001$ para todas as comparações apresentadas)90	
Tabela 27. Valor médio da escala Vitalidade do NHP, por nível de DEDM.....93	
Tabela 28. Valor médio da escala Dor do NHP, por nível de DEDM.....94	
Tabela 29. Valor médio da escala Reacções Emocionais do NHP, por nível de DEDM em	

<i>actividades profissionais</i>	95
<i>Tabela 30. Valor médio da escala Relações Sociais do NHP, por nível de DEDM em actividades profissionais</i>	96
<i>Tabela 31. Valor médio da escala Sono do NHP, por nível de DEDM em actividades profissionais</i>	97
<i>Tabela 32. Valor médio da escala Mobilidade do NHP, por nível de DEDM em actividades profissionais</i>	98
<i>Tabela 33. Níveis de DED significativamente melhores relativamente às dimensões do NHP</i>	99
<i>Tabela 34. Coeficientes de ponderação da base de dados</i>	118

1. Introdução

O *Canada Fitness Survey*, levado a cabo pela primeira vez em 1981 (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1997), foi o primeiro estudo de larga escala, representativo a nível nacional, a ser feito com o objectivo de gerar conhecimento sobre os hábitos nacionais de recreação, *aptidão (fitness) física*, e estado de saúde de uma população inteira. Participaram nesse estudo cerca de 23.000 canadianos e, desde então, é feito um inquérito anual, a nível nacional, com o objectivo de se obterem padrões de actividade física e da actividade em tempos de lazer das crianças e adolescentes. Teve ainda como objectivo identificar factores implicados na participação da população em actividades físicas (factores-barreira e factores de motivação).

Em 1985, os censos nacionais nos Estados Unidos da América (EUA) puseram em evidência que 56% dos homens e 61% das mulheres nunca tinham realizado qualquer actividade relacionada com exercício físico ou, se o tinham feito, tinha sido de modo inconstante (U.S. Preventive Services Task Force - Bures, Christiani, e Berwick 1996).

À data de realização do presente estudo, não existiam dados a nível nacional em qualquer dos países envolvidos (Portugal, Bélgica e Itália). E, devido às diferenças culturais que separam as populações americanas das europeias, os dados provenientes dos estudos americanos não podem ser generalizáveis ao *velho continente*.

Contudo, é ponto assente (popular e cientificamente) que a prática regular de exercício

físico tem um efeito benéfico em termos de promoção de saúde e de prevenção da doença, pelo que o seu encorajamento é concensualmente tido como estratégia poderosa na contenção ou diminuição dos custos com os serviços de prestação de cuidados de saúde. De facto, para além das doenças "físicas", conhecem-se benefícios de saúde relacionados com a prática de actividade física regular a nível de saúde mental, que podem também gerar economias significativas nos sistemas nacionais de saúde.

Neste contexto, surge frequentemente a seguinte questão: "a aptidão física é causa ou efeito de um bom estado de saúde?".

Apesar dos estudos observacionais, pela sua natureza, não nos fornecerem relações de causalidade, há evidência, baseada em mecanismos fisiológicos e biológicos, que fornece consistência à relação causal entre a actividade física, a aptidão física e a saúde - nomeadamente no que se refere a doenças cardiovasculares (U.S. Preventive Services Task Force, 1996; Sardinha, 1999) e à mortalidade geral (Sardinha, 1999).

Para além dos efeitos directos da prática de exercício físico na saúde e na doença, existe também alguma evidência de que a actividade física regular pode influenciar a saúde de forma indirecta, uma vez que indivíduos que modificam os seus hábitos por forma a tornarem-se fisicamente mais activos tendem também a mudar outros hábitos relacionados com a saúde num sentido positivo (Ribeiro, 1998).

Assim, parece legítimo o esforço de fomentar a prática de exercício físico como mediador de estratégias de promoção da saúde/prevenção da doença.

Mas para se poder actuar sobre a prática de actividade física de uma população

(prescrição de actividade física) deve-se, antes de mais, conhecer os hábitos de actividade física dessa população bem como verificar factores de adesão (e de barreira) a essa prática.

A ideia de fazer este estudo sobre a prática de exercício físico na população portuguesa (e, como se explicará de seguida, devido ao contexto da realização do estudo, na população Italiana e Belga) resulta assim de um duplo interesse:

Por um lado, a tentativa de conhecer melhor os padrões de actividade física habitual nestes países. Trata-se assim de um contributo para o conhecimento de padrões comportamentais de exercício físico.

Por outro lado, se existe consenso (cimentado pela investigação científica) no que se refere às virtudes do exercício físico quanto a efeitos benéficos na saúde, também parece haver um consenso quanto à sua relação positiva com indicadores de *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde* (QdVRS) ou, para outros autores, com o *Bem-Estar*. É como se se inferisse aqui uma propriedade transitiva: exercício físico = melhor saúde; melhor saúde = mais QdVRS; logo, exercício físico = mais QdVRS. Contudo, a verdade é que existe muito pouca evidência deste silogismo. De facto, a pergunta subjacente a esta compreensão tácita da relação entre exercício físico e QdVRS é: “*então porque é que as pessoas não fazem mais exercício físico?!?*”.

A ciência requer mais do que intuições, pelo que resulta importante compreender melhor a associação da QdVRS com a prática do exercício físico. Esta compreensão poderá ajudar a definir formas de aumentar a adesão a um aumento da sua prática. Estamos assim a falar de modificação comportamental numa área da saúde. Daí o interesse em abordar esta

área de investigação enquanto tema para dissertação de mestrado em psicologia da saúde. Conhecer os padrões nacionais de actividade física pode ser um objectivo relevante quando se pensa no aumento continuado de custos médicos associados ao envelhecimento da população e, por outro lado, na redução necessária de orçamentos para a saúde: redescobrimo a prevenção de doença através da promoção de mais actividade física como forma de diminuir custos de saúde é pensar em termos do que se tem denominado pela 3ª revolução da saúde (Ribeiro, 1998), ou seja, maximizar efectividade com um mínimo de custos.

Uma nota final para o facto deste ser um projecto de investigação inteiramente financiado pela *Conseur* (associação internacional de consumidores, que envolve quatro países – Bélgica, Espanha, Itália e Portugal – e à qual pertence a Edideco, Editores para a Defesa do Consumidor). A revista de saúde desta associação procura criar conhecimento sobre hábitos de saúde nestes vários países e dar esse conhecimento aos seus subscritores. Assim sendo, e uma vez que a prática de actividade física carece de estudo nestes países e, em especial, no nosso, este tema surgiu com claro interesse editorial. Havendo a possibilidade de financiamento do estudo por parte de uma entidade isenta e sem qualquer conflitos de interesse relativamente aos resultados que poderiam resultar do estudo, o autor da presente tese de mestrado (que colabora com a referida organização internacional na qualidade de investigador na área da saúde) solicitou autorização, no início do estudo, para basear a sua dissertação de tese de mestrado no mesmo. Só assim se tornou possível fazer um estudo com esta dimensão amostral, visando objectivos tão ambiciosos como o de contribuir para a caracterização da população portuguesa quanto à prática de exercício físico e comparar a

mesma com outros dois países (Bélgica e Itália) que se mostraram também interessados em participar no estudo.

Sobram ainda algumas linhas, nesta introdução, para os agradecimentos. Em primeiro lugar, os mais óbvios: ao Prof. Dr. José Luís Pais Ribeiro (ISPA), pela heurística das suas aulas e ensinamentos; ao Prof. Dr. Luís Sardinha (Faculdade de Motricidade Humana da UTL), por toda a ajuda na construção do questionário aqui utilizado; aos meus colegas Marco Anelli, Peter Kupers, Ana Brandão, e Rose Debrouwer, por todo o apoio que me têm dado ao longo destes anos de trabalho em conjunto e, mais especificamente, por todo o apoio que me deram no presente projecto de investigação (na tradução, aquisição de bases de dados representativas dos respectivos países, e na recolha dos questionários preenchidos). Sem eles teria sido impossível levar a cabo este estudo nos vários países em que foi implementado.

Em segundo lugar, os agradecimentos (nunca são demais) a todos quantos, por razões ainda mais importantes, me ajudaram a querer continuar a aprender: ao meu pai, mãe e irmãos, que permitiram tudo isto que sou; à Leonor pelo carinho e amor; ao Guy Sermeus, por ser muito mais do que um *chefe*.

2. Fundamentação teórica

2.1. Exercício Físico e Actividade Física

Antes de mais, e para uma melhor explicitação do léxico empregue no presente estudo, foram consideradas as seguintes definições (Casperson, Powell, e Christenson, 1985):

a) *Actividade física, exercício físico e aptidão física*

A actividade física refere-se a qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos esqueléticos que pode resultar num gasto de energia. O exercício físico é definido como movimentos do corpo planeados, estruturados e repetitivos, realizados com o objetivo de melhorar ou de manter um ou mais dos componentes da condição física. A aptidão física refere-se a um conjunto de atributos que as pessoas têm ou tentam atingir, relacionados com a capacidade em realizar actividades físicas.

O exercício aeróbio refere-se ao tipo da actividade física em que há consumo do oxigênio com produção de água e dióxido de carbono. Fazem parte desta categoria os exercícios físicos que envolvem, de um modo contínuo, os principais grupos musculares e que exigem um esforço moderado (por exemplo, andar de bicicleta, andar, nadar). O exercício anaeróbio implica um aumento dramático de esforço (geralmente por um período curto). É um tipo de actividade física muito intensa, em que as necessidades energéticas excedem a

quantidade da energia fornecida pelo consumo do oxigênio disponível. Neste caso, a energia é fornecida de um modo anaeróbio (sem oxigênio). Esta actividade anaeróbia só pode ser realizada por um período curto, uma vez que o ácido láctico então produzido cria um forte sensação de cansaço.

b) *Actividade física moderada e actividade física vigorosa*

A actividade física moderada compreende as actividades que podem ser realizadas de um modo confortável durante pelo menos 60 minutos (por exemplo, andar, passear de bicicleta, limpar janelas).

A actividade física vigorosa descreve as actividades físicas que exigem uma intensidade suficiente para levar à fadiga em 20 minutos (por exemplo, futebol, corrida rápida).

2.1.1. Exercício Físico e Saúde

Um estudo que envolveu 13.344 pessoas (Blair, Kohl, Gordon, e Paffenbarger, 1992) refere o impacto do exercício físico na saúde pública, concluindo que a *aptidão física* adia a mortalidade, qualquer que seja a causa, através do aumento da esperança de vida, sobretudo porque diminui o número das mortes devidas a doenças cardiovasculares e a cancro.

Diversos estudos mostram também o efeito benéfico do exercício físico em dimensões psicológicas como o humor, a auto-estima, a auto-imagem e o bem estar geral (Ribeiro, 1998).

Existe também evidência científica em como o exercício regular reduz também a ansiedade e a depressão e tem um efeito reconhecido noutras características psicológicas tanto em pessoas *normais* como em pessoas com perturbações clínicas (Blair et al, 1992).

Também está bem documentado na literatura o efeito benéfico do exercício físico no desenvolvimento das capacidades para lidar eficazmente com as situações de *stress* (Crews, e Leers, 1987).

Também é sabido que o efeito negativo do stress diminui com o exercício físico (Cruz, Machado, e Mota, 1996). Finalmente, há bastante evidência na literatura indicando que o envolvimento na actividade física promove outros comportamentos saudáveis como, por exemplo, o não fumar, fazer dieta saudável, perder peso (King, Blair, Bild, Dishman, Dubbert, Marcus, Oldridge, Paffenbarger, Powell, e Yeager, 1992).

Toda esta evidência acumulada sugere que promover o aumento do exercício físico pode ser uma política eficaz de saúde pública no combate à morbilidade e à mortalidade por doença crónica.

2.1.2. Exercício Físico e Doença

Um dos efeitos os mais bem documentados da actividade regular é um nível mais elevado de aptidão física (Blair et al, 1992). Este estado de maior *fitness* permite, por seu lado, um nível mais elevado da capacidade funcional para participar num conjunto lato de actividades com facilidade e prazer. A pessoa activa e apta não se cansa tão facilmente com as actividades rotineiras do dia-a-dia e tem maior capacidade para enfrentar as emergências ou

participar em actividades recreativas vigorosas.

Há evidência (Bouchard, Shepard, e Stephaens, 1994; Blair et al., 1995; Fletcher, Balady, Froelicher, Hartley, Haskell, e Pollock, 1995; U.S. Preventive Services Task Force, 1996) de que a actividade física e a aptidão física reduzem a mortalidade e morbilidade em pelo menos seis condições crónicas: hipertensão arterial (HTA), cardiopatia isquémica, obesidade, diabetes, osteoporose, e perturbações mentais (não especificadas).

Além disso, e como já se disse, há o consenso científico de que a actividade física moderada durante o tempo de lazer e durante a actividade ocupacional estão associados à diminuição da mortalidade prematura e ao aumento da saúde (U.S. Preventive Services Task Force, 1996).

A prática de exercício físico regular e a hipertensão arterial

Estudos de *cohort* têm mostrado que as pessoas fisicamente inativas têm um risco maior (35-52% de risco acrescentado) de desenvolver hipertensão do que as que fazem exercício regular, independentemente de outros factores de risco para a hipertensão como a obesidade, o consumo de tabaco ou a dieta (Paffenbarger, Blair, Lee, e Hyde, 1993).

Por outro lado, vários estudos mostram pressões sanguíneas mais baixas (uma diferença de aproximadamente 10mm HG para a pressão sistólica e de 5mm HG para a pressão diastólica) nas pessoas activas, quando comparadas com as pessoas mais sedentárias

(Blair et al., 1992; Hagbert, 1990). Esta diferença parece manter-se mesmo quando se controlam variáveis estranhas como a gordura corporal, consumo de álcool, idade e a história de hipertensão na família. Refira-se no entanto que o exercício físico não parece normalizar a pressão sanguínea na maioria dos pacientes hipertensos (Hagbert, 1990).

A prática de exercício físico regular e a cardiopatia isquémica

Em relação à mortalidade por cardiopatia isquémica, a importância que a melhoria da aptidão física tem para a redução do risco coronário é equivalente à adopção de outros comportamentos de saúde como por exemplo, o não fumar (ou o deixar de fumar) ou à diminuição da obesidade ou dos níveis tensionais em hipertensos (Blair et al., 1995).

Nos trabalhos de 1996 da U.S. Preventive Services Task Force sobre prevenção clínica, é referido que o aumento de risco para doença coronária causado pelo sedentarismo e os custos sociais deste aumento de risco são maiores do que aqueles atribuídos individualmente à obesidade, à hipertensão arterial ou ao tabagismo.

A prática de exercício físico regular e o excesso de peso/obesidade

Os dados provenientes de estudos populacionais longitudinais sugerem maior risco de ganho significativo de peso em pessoas com baixa actividade física no tempos de lazer comparativamente às pessoas com elevada actividade física (Blair et al., 1992). Há bastante evidência, na literatura, de que a restrição calórica através da dieta, em combinação com o

consumo de calorias através do exercício físico regular, parece ser o meio mais eficaz para prevenir a obesidade e manter um peso adequado (Pescatello, 2001).

O exercício físico aumenta o consumo total da energia e diminui a percentagem da perda de massa muscular (que ocorre com a perda do peso através de simples dietas). A actividade física regular e moderada facilita também uma boa distribuição dos tecidos gordos (Paffenbarger et al., 1993). Assim, para a promoção da saúde pública relativa ao *controlo do peso*, deve ser incentivada esta prática de exercício físico. Já em programas de *diminuição de peso*, a actividade física deve ser intensa e regular; esta prática deve aliás ser incluída num programa de tratamento mais abrangente, estruturado e sempre adaptado ao indivíduo (com um componente fundamental de dieta).

A prática de exercício físico regular e a diabetes

A diabetes mellitus não insulino-dependente, que afecta à volta de 10-12 milhões de pessoas a partir dos 20 anos em todo o mundo leva a um risco maior de mortalidade devida a doenças cardiovasculares e renais (Blair et al., 1992). Juntamente com um controlo apropriado do peso do corpo e uma dieta prudente, a actividade física é advogada geralmente na gestão deste tipo de diabetes. O aumento da actividade geral e das actividades vigorosas (nadar, andar de bicicleta, correr, etc..) pode ter mais efeito do que actividades mais moderadas no que respeita à prevenção ou atraso do aparecimento da diabetes. Este efeito protector da actividade física é especialmente pronunciado nas pessoas com risco mais

elevado para este tipo de diabetes.

Relativamente ao mecanismo da acção subjacente aos efeitos benéficos do exercício físico na prevenção e na gestão do diabetes, é consensual que há um aumento da sensibilidade à insulina e que o exercício de *endurance* regular induz a perda de peso e mudanças positivas no metabolismo do glicose - mais rápido e mais eficaz (Blair et al., 1995).

A prática de exercício físico regular e a osteoporose

A osteoporose e o risco de fractura associado são problemas importantes de saúde pública, especialmente para os indivíduos mais idosos. É consensual que a actividade física facilita o bom desenvolvimento músculo-esquelético durante a infância e a adolescência. Além disso, a sua prática regular otimiza a gestão musculoesquelética durante a idade adulta, prevenindo a osteoporose (Paffenbarger et al., 1993).

A pesquisa actual defende que os ossos beneficiam do exercício físico na medida em que este último está associado a uma diminuição do declínio da densidade mineral do osso em mulheres a partir da meia-idade, e ao aumento da densidade mineral do osso nos pacientes com osteoporose estabelecida.

No entanto, não estão ainda clarificados o tipo e quantidade específica de exercício que promove mais eficazmente a saúde óssea nos vários estádios da vida (Blair et al., 1992). Além disso, há alguma evidência de que o exercício físico regular pode gerar benefícios para além do impacto na densidade mineral do osso, nomeadamente através da melhoria das

funções musculó-esqueléticas (por exemplo, força, equilíbrio e flexibilidade musculares). Os indivíduos activos têm uma massa muscular maior e são mais fortes, o que pode reduzir o risco de queda e pode proteger de fracturas quando a queda ocorre (que é um importante problema de saúde para as pessoas idosas).

Mesmo nas mulheres em pós-menopausa parece existir uma relação entre a actividade física e melhores níveis de densidade óssea e menor número de fracturas ósseas (U.S. Preventive Services Task Force, 1996).

A prática de exercício físico regular e o cancro

Nas últimas décadas, acumulou-se evidência de que a actividade física regular a longo prazo pode constituir factor preventivo do cancro do cólon (Blair et al., 1992). Por outro lado, o efeito do exercício físico na prevenção do cancro da mama é ainda controverso (não há evidência suficiente).

A literatura disponível sobre o efeito preventivo do exercício físico no que respeita ao cancro é também controversa quanto ao mecanismo de acção. Alguns autores defendem as suas características imunoprotectoras; outros afirmam que o mecanismo pelo qual o exercício físico regular pode proteger de alguns tipos de cancro é não-imunológico por natureza (Blair et al., 1992). Hipóteses explicativas passam por eventuais variáveis mediadoras, associadas à prática regular de exercício físico, como por exemplo, a redução no tempo de trânsito intestinal no caso do cancro do cólon e alteração hormonal (níveis diminuídos do estrogénio), no caso do cancro da mama.

A prática de exercício físico regular e a saúde mental

Ensaio controlado que avaliaram problemas relacionados com o humor (tais como a depressão e a ansiedade) levaram a conclusões consistentes (Blair et al., 1995; Cruz et al., 1996):

- ☞ as melhorias são maiores nos doentes que estão mais deprimidos e/ou ansiosos no início dos estudos;
- ☞ a actividade física elevada conduz a ganhos menores comparativamente aos associados à actividade física moderada, quando regular;
- ☞ os indivíduos saudáveis podem obter um efeito preventivo da actividade física, enquanto que os indivíduos com perturbações de humor ligeiras a moderadas obtêm um benefício terapêutico;
- ☞ a actividade física ajuda a lidar eficazmente com o *stress*. Os estudos epidemiológicos indicam prevalência mais baixa de estados da ansiedade nos indivíduos que praticam exercício físico de um modo regular;
- ☞ não há evidência suficiente que apoie a relação entre a actividade física e a melhoria cognitiva (Raglin, 1990).

2.1.3. Até que ponto é a actividade física boa para a Saúde?

Há três factores principais da actividade física que influenciam os seus efeitos na saúde: intensidade, frequência e duração.

O tipo de exercício físico também deve ser considerado como um factor importante. A este respeito pode-se dizer que, para a população em geral, os exercícios do tipo aeróbio

deveriam ser mais promovidos do que os exercícios do tipo anaeróbio (Blair et al., 1995).

Intensidade

A perspectiva geralmente defendida é de que há uma intensidade mínima do exercício requerida para estimular uma melhoria na aptidão física. Não há nenhum consenso claro sobre qual é esta intensidade mínima. De facto, parece depender de vários factores como, por exemplo, do nível inicial de aptidão física inicial do participante, da duração do treino, da duração do período de treino e de características individuais (Blair et al., 1992).

Deve ser tido em conta que vários estudos indicam que as actividades físicas moderadas têm taxas mais elevadas de adesão do que as actividades físicas vigorosas, ajustam-se melhor ao estilo de vida diário e são mantidas ao longo do tempo.

Consequentemente, é recomendada a promoção deste tipo de actividades físicas nas acções da saúde pública, não porque quantidades mais modestas de actividade física conduzam a um benefício máximo na saúde mas antes porque as pessoas que apresentam maior risco (nomeadamente, as que apresentam estilos de vida mais sedentários) podem obter benefícios substanciais em iniciar alguma actividade, ainda que pouca.

A mensagem principal parece assim ser “fazer algum exercício físico é melhor do que não fazer nenhum”.

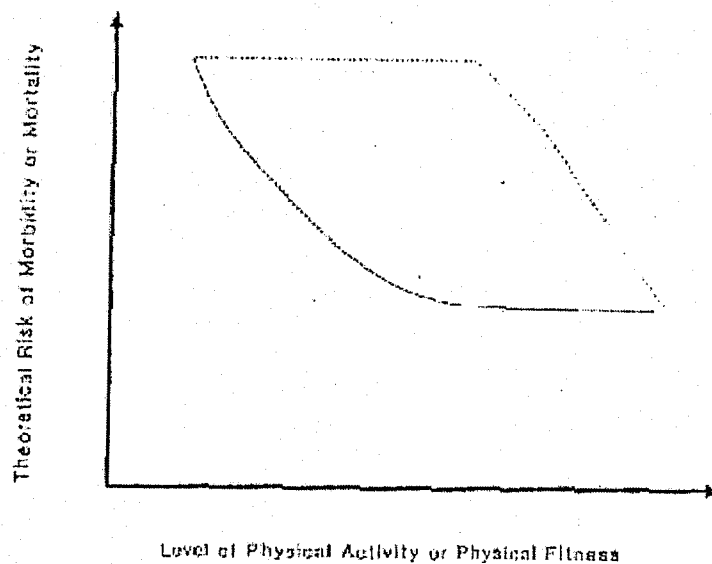
Alguns autores defendem que não é a intensidade o factor relevante mas antes a energia total gasta no exercício (Blair et al., 1992). O modo como esse gasto energético é feito torna-se assim secundário e mais dependente de preferências pessoais, tolerância musculo-

esquelética e facilidades disponíveis. Há também evidências em como o treino de *endurance* baixo a moderado pode ser pelo menos tão efectivo na diminuição da pressão sanguínea como o treino de *endurance* de alta intensidade e o treino de resistência para a força muscular (Paffenbarger et al., 1993). No entanto, a literatura indica que, para melhorar a aptidão (*fitness*) cardiovascular, o exercício não pode ser feito ocasional ou sazonalmente (*idem*). Além disso, um exercício regular no passado não assegura a protecção quanto a doenças cardiovasculares. A actividade física moderadamente vigorosa durante a idade adulta, no entanto, pode reduzir o risco de doenças cardiovasculares ao nível daqueles que foram activos durante muitos anos.

Duração

O gráfico seguinte ilustra uma curva hipotética de benefício dependente de níveis de actividade ou aptidão (*fitness*), baseada em vários estudos (Blair et al., 1992). Como se pode ver, os ganhos em termos de morbilidade não resultam de uma função linear associada com a quantidade de exercício físico realizado. De facto, a observação desta curva sugere que, a partir de determinada quantidade de exercício físico, poucos são os ganhos em termos de protecção de saúde.

Figura 1. Relação entre "quantidade" de exercício físico e risco de mortalidade (Blair et al., 1992)



Esta ideia relativa à quantidade do exercício físico opõe-se ao conceito largamente aceite sobre o limiar (*threshold*), que afirma que não há nenhum benefício da actividade física até que o nível da prescrição do exercício seja alcançado e que há melhorias adicionais ao longo dos níveis mais elevados de exercício.

O *American College of Sports Medicine* (1990) recomenda 20-60 minutos da actividade aeróbia contínua, para cada sessão de exercício. Pode-se também encontrar na literatura a duração de 30 minutos como uma referência da duração mínima da actividade moderada diária que pode produzir os benefícios para a saúde (mas não necessariamente, 30 minutos seguidos). Finalmente, é também claro que há um inter-relação entre a intensidade e a duração do exercício no seu impacto na mudança da aptidão (*fitness*). A actividade de baixa intensidade deve ser mantida por mais tempo do que a actividade de alta intensidade para ter o

mesmo efeito de *fitness*. De novo, o gasto total de energia na sessão de exercício é, provavelmente, o factor determinante e crítico para a mudança da aptidão física (Blair et al., 1992).

Frequência

A maioria de estudos mostram pouca mudança na aptidão física se o exercício for feito com periodicidade inferior a três dias por semana, a menos que o exercício seja bastante vigoroso. E exercitar-se mais de cinco dias por semana não resulta numa maior aptidão do que o treinar cinco dias por semana (ACSM, 1990). As seguintes recomendações podem ser extraídas dos resultados científicos como regras práticas:

- ☞ no caso do exercício físico estruturado (por exemplo, programa de exercício físico, desportos...) o ideal é três a cinco dias de prática por semana;
- ☞ no caso de exercício físico não estruturado, as pessoas deveriam fazê-lo todos os dias.

Resumindo, podemos afirmar que as vantagens da actividade física para a saúde são obtidas sobretudo através de uma prática moderada e regular. Deve-se ainda considerar o facto de que os benefícios da actividade física podem desaparecer caso se pare a actividade (há alguma evidência de que um período de dois até oito meses, dependendo de cada caso individual, podem ser bastantes para recuperar todos os benefícios da actividade física.

2.1.4. Potenciais riscos e efeitos adversos

Os benefícios da actividade física devem ser pesados contra os seus potenciais efeitos

adversos, que incluem, entre outros, lesões, osteoartrite, enfarte do miocárdio e, muito raramente, a morte repentina. Os dados relativos à incidência de lesões durante a prática da actividade física não competitiva são escassos. As taxas anuais das lesões entre exercitadores recreacionais variam de 7 a 54 por cento (Sallis, e Faucette, 1992).

As lesões mais severas ocorrem durante desportos de contacto e do abuso de treino ou competição (Sallis, e Faucette, 1992). Os estudos sugerem também que o risco está relacionado positivamente com o nível de exposição à actividade e com a existência de lesão prévia (Pate, e Macera, 1994).

O treino intenso pode também resultar na interrupção da função menstrual, na perda de osso (em parte reversível) e no risco aumentado da fractura (também em parte reversível).

Anualmente, milhões de adultos e crianças experimentam lesões músculo-esqueléticas durante a actividade física (Sallis et al., 1992). Contudo, a maioria das lesões induzidas pelo exercício são de fácil prevenção. Ocorrem frequentemente como consequência de níveis excessivos de actividade física, aumentos repentinos e dramáticos no nível de actividade (especialmente em pessoas com aptidão deficiente como linha de base), e técnicas ou equipamentos de exercício impróprios.

Em Portugal, um inquérito a nível nacional (Santos, 2001) indicou que 25,5% dos inquiridos que tinham estado envolvidos em actividades desportivas (ou em actividade física regular) nos 12 meses que antecederam o estudo sofreram de lesões. E 25% das pessoas que sofreram lesões avaliaram as mesmas como sendo graves. No mesmo estudo, as principais causas para a ocorrência de lesão foram auto-percepcionadas como “fazendo parte da

modalidade (*ossos do ofício*)” (34,2%), “esforço em excesso” (32,7%), “falta de aquecimento” (23,9%), e “falta de atenção” (20,8%).

De acordo com a *U.S. Consumer Product Safety Commission* (Rutherford, e Schroeder, 1998), na última década, nos Estados Unidos, as lesões em pessoas mais velhas (a partir dos 65 anos de idade) estão especialmente relacionadas com os desportos mais activos, tais como andar de bicicleta, treinos com pesos, e esqui. Os dados disponíveis sugerem que a actividade física moderada, executada dentro dos limites do conforto e com o uso de movimentos normais das articulações, não levam, na ausência de anormalidades nas articulações, a aumento de incidência de lesões nestas faixas etárias (Panush, 1994).

Os eventos cardiovasculares adversos são os que maior interesse despertam relativamente ao exercício vigoroso. Encontram-se na literatura riscos relativos que vão dos 2,1 aos 5,9 (Willich, e Lewis, 1993). Por outro lado, verificou-se um efeito protector da actividade física regular: à medida que a frequência do exercício semanal aumenta, o risco relativo de enfarte durante a actividade vigorosa diminui (*idem*).

Também se sabe que o risco de morte repentina aumenta durante a actividade física vigorosa. De novo, o risco parece ser maior em pessoas sedentárias que se envolvem em actividade vigorosa esporádica (ou irregular) comparativamente àquelas que são habitualmente activas (Sallis et al., 1992).

Além destes riscos físicos, nos indivíduos que abusam do treino tem sido reconhecida a possibilidade de “obsessão pela prática”, situações estas em que os indivíduos se mostram ansiosos e/ou deprimidos quando privados de níveis extremos de actividade (Sallis et al.,

1992).

No que se refere a alterações de humor, é ainda de referir o conceito de *runner high* (ou “sentimento de piloto automático”) que designa uma alteração do estado de humor, típica de atletas envolvidos em modalidades de longa duração (por exemplo, maratona). Este conceito é usualmente descrito como um estado alterado da consciência, caracterizada por desorientação espaço-temporal, sentimentos de felicidade, ausência de tensão, e sensação de se estar no pico da forma e de não dispendir esforço.

De uma forma geral, os dados recolhidos suportam a afirmação de que a maioria dos riscos se deve a prática excessiva ou inadequada de exercício físico. Assim, é possível resumir que níveis moderados de quantidade e intensidade de actividade física maximizam os benefícios e minimizam os riscos.

2.1.5. *Contra-indicações para o aumento de Exercício Físico*

Devem ser tidas em conta as seguintes contra-indicações absolutas (Sallis et al., 1992):

- ☞ malformação ou insuficiência cardíaca grave
- ☞ angina de peito instável
- ☞ enfarte de miocárdio recente
- ☞ embolismo pulmonar ou sistémico
- ☞ tromboflebite
- ☞ arritmia cardíaca não-controlada

Por outro lado, as seguintes contra-indicações relativas requerem que a prática de exercício físico seja feita sob acordo e controlo médico (Sallis et al., 1992):

- ☞ doenças cardíacas (nomeadamente, insuficiência grave da função ventricular esquerda, doença cardíaca congénita, miocardiopatia hipertrófica)
- ☞ hipertensão arterial severa e não controlada
- ☞ insuficiência renal aguda
- ☞ doença vascular cerebral
- ☞ diabetes
- ☞ obesidade
- ☞ osteoporose
- ☞ asma
- ☞ anemia
- ☞ hérnia
- ☞ artrite
- ☞ epilepsia
- ☞ gravidez
- ☞ anorexia nervosa
- ☞ cancro
- ☞ doença hematológica
- ☞ Sida

Note-se que os pacientes deste último grupo (os com contra-indicações relativas) são precisamente os que mais podem beneficiar do exercício físico regular, se o fizerem respeitando as precauções e as recomendações clínicas e evitando o exercício físico intenso.

As pessoas que estejam de algum modo medicadas, sobretudo para a pressão sanguínea elevada ou para a doença cardíaca devem pedir conselho de um médico antes de aumentarem a actividade física.

A este propósito, é relevante lembrar a afirmação de que " a maioria de médicos estão mal equipados (*ill-equipped*) para aconselhar sobre o exercício" (Curfman, 1993, pag. 11), o que pode indicar que " a comunidade médica tem sido relutante em aceitar e agir de acordo com a evidência científica de que o exercício físico regular tem efeitos benéficos para a saúde" (*idem, ibidem*).

2.2. O que é "Qualidade de Vida Relacionada com Saúde"?

"Quality of life is defined as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, and their relationships to salient features of their environment"

(World Health Organization Quality of Life Group, 1993b, cit. Bowling, 1995)

Em 1990, Fallowfield apresentou o conceito Qualidade de Vida como o lado esquecido da avaliação dos estados de saúde ou de doença: a procura incessante de novos tratamentos levou ao esquecimento de outras necessidades como o bem-estar emocional dos pacientes (Fallowfield, 1990).

A prática clínica tem evoluído para objectivos mais ambiciosos do que aliviar sintomas e prolongar a vida, considerando-se a melhoria da Qualidade de Vida (QdV) e o bem-estar uma prioridade dos cuidados de saúde. Esta mudança definiu o contexto propício para que o conceito de QdV seja actualmente preponderante na avaliação de resultados médicos assim como no planeamento das políticas de saúde.

No contexto de medição de saúde, a QdVRS torna-se mais específica, definindo-se como a avaliação que o sujeito faz quanto ao grau em que são satisfeitas as suas necessidades pessoais nos domínios físico, psicológico, social e ocupacional, num dado período de tempo (Ribeiro, 1998).

Esta forma de avaliação implica que se entenda QdV como um conceito mais abrangente que "saúde", sendo esta última um dos indicadores para avaliar a primeira (Ware,

1991, cit. Ribeiro, 1998).

Como determinantes da QdVRS tem sido apontada uma multiplicidade de factores que podem ser agrupados em três dimensões (Wood-Dauphinee, e Küchler, 1992): a dimensão *referencial* (referências culturais/políticas, grupo social, família, indivíduo), a *temporal* (passado, presente, futuro próximo, futuro distante) e a *experencial* (somática, biológica, interpessoal, sócio-económica, espiritual).

O interesse pela QdVRS talvez se deva, também, à relação estreita com outro conceito, cada vez mais valorizado na prestação de serviços de saúde: a satisfação dos pacientes. Aqui, toda a investigação é assente no princípio do paciente ser o melhor avaliador da forma como a saúde e as intervenções médicas a que é sujeito afectam o seu dia-a-dia. Refira-se, a propósito, que o papel *paternalista* do médico (determinar o que é melhor para o paciente) tem sido questionado e progressivamente substituído pelo primado da autonomia e participação activa do paciente no processo dos cuidados de saúde.

Sabe-se que não existe uma correlação evidente entre as avaliações sobre os resultados de saúde efectuadas pelos próprios pacientes e as medidas objectivas do nível de funcionamento obtido segundo os critérios médicos (Kemmm, 1993; Santos, e Biscaia, 1999). A literatura sugere também que os médicos nem sempre são bons avaliadores da QdVRS dos seus doentes (Kemmm, 1993).

É ainda consensual que a percepção do paciente acerca do seu próprio estado de saúde tem um valor preditivo. Por exemplo, um estudo mostrou que a mortalidade considerada num intervalo de cinco anos foi maior no grupo de pessoas que percebiam a sua saúde como fraca

(Menec, Chipperfield, e Perry, 1999).

Finalmente, é óbvio que se é o pessoal médico quem decide como gerir os cuidados de saúde, são os pacientes que tomam a decisão de ir à primeira consulta e de iniciar e continuar a seguir o tratamento (Lepplège, e Hunt, 1997).

Apesar de todo este reconhecimento pela comunidade científica acerca da mais valia do conceito na avaliação dos resultados de saúde, ainda não existe um consenso acerca do que é QdVRS e de como deve ser avaliada. É, no entanto, evidente que qualquer definição de QdVRS deve conter o que é valorizado pelo paciente, nomeadamente em que medida as suas funções físicas, emocionais e intelectuais estão asseguradas, e até que ponto é garantida a sua capacidade para participar em actividades na família, no trabalho e na comunidade.

As medições de QdVRS devem, portanto, ser consideradas como complementares às avaliações médicas e laboratoriais de estados de saúde, da evolução da doença, e das melhorias resultantes de intervenções clínicas. É importante ter presente que falar do efeito de um tratamento em termos de QdVRS, é distinto de falar da sua eficácia.

Quando se trata de comparação entre tratamentos, a avaliação em termos da QdVRS difere da dos tradicionais ensaios clínicos, entre outros, nos seguintes factos:

- ☞ os estudos de eficácia estabelecem o potencial terapêutico de um tratamento; os estudos em QdVRS indicam até que ponto esse potencial foi atingido e apreciado pelo paciente;
- ☞ os resultados surgem a partir da perspectiva do paciente e não a partir da perspectiva do médico;
- ☞ os custos, económicos e não só, dos tratamentos são também tidos em conta. A este respeito, refira-se que os efeitos secundários registados nos ensaios clínicos

raramente são incorporados nos resultados globais dos ensaios e a decisão sobre os benefícios do tratamento justificarem os efeitos secundários é deixada ao critério do médico, cujas preocupações nem sempre coincidem com as dos doentes;

☞ os tratamentos são avaliados “no terreno” - tal como são efectuados na prática do dia-a-dia - e, logo, com resultados mais generalizáveis.

As principais dimensões usadas no estudo da QdVRS (mais frequentemente encontradas nas publicações científicas) são (Bowling, 1995; Bulpitt, e Fletcher, 1990; Spilker, 1996; Staquet, Hays, e Fayers, 1998):

- a) física (dor, mobilidade, sono, apetite, náusea, funcionamento sexual, ...);
- b) psicológica (depressão, ansiedade, adaptação à doença, ...);
- c) social (relações familiares e de amizade, relações sexuais, ...);
- d) ocupacional (capacidade e vontade para trabalhar e desempenhar actividades de lazer)
- e) económica
- f) religiosa / espiritual
- g) percepção individual do estado de saúde, de bem-estar, e alterações induzidas pela terapêutica.

Vários autores defendem que, para avaliar a QdVRS, é preciso estudar, no mínimo, três dimensões (Spilker, 1996; Wilson, e Cleary, 1995): a física, a psicológica e a percepção individual do estado de saúde.

Mas consensual é a ideia de que só com uma avaliação multidimensional se pode determinar o “valor” relativo de uma intervenção clínica (toma de medicamentos, cirurgia, ...) para um determinado grupo de pessoas sob um determinado conjunto de circunstâncias.

Qualquer dimensão interage com e determina a QdVRS. O impacto de um problema de

saúde pode variar muito, em função da especificidade do paciente e da doença. Por exemplo, enquanto que no caso da osteoartrite a dor pode ser o aspecto dominante, já no caso do cancro pulmão, o problema que se coloca é a sobrevivência do paciente.

Consequentemente, uma avaliação multivariada parece ser de facto a maneira mais heurística para estimar o valor relativo de qualquer terapia para um grupo específico das pessoas sob um determinado conjunto de circunstâncias, relativamente aos *end-points* da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Existem quatro métodos principais para recolha de dados relativos à QdVRS:

- ☞ instrumentos auto-preenchidos (auto-relato);
- ☞ entrevistas directas face-a-face;
- ☞ entrevistas pelo telefone.
- ☞ questionários/entrevistas a familiares/amigos;

A QdVRS deve ser avaliada sempre que possível, através do paciente (Spilker, 1996).

Os questionários a utilizar devem estar já testados e aceites como válidos e fiáveis.

Atendendo às dimensões incluídas, os instrumentos de medida de QdVRS podem ser classificadas em:

- ☞ Índices e perfis de saúde genéricos. Os instrumentos genéricos da QdVRS permitem fazer avaliações globais. Concentram-se na presença ou ausência de sintomas específicos, incapacidades ou dificuldades físicas, bem como na avaliação da severidade, frequência e/ou duração desses problemas de saúde. O seu uso pode ser criticado pelo facto de conterem, por vezes, tópicos irrelevantes para o tipo de pacientes em estudo e/ou por omitirem outros que seriam relevantes;

- ☞ Instrumentos específicos (à doença, à população, à condição social e económica). Os questionários específicos de avaliação da QdVRS focam os domínios mais relevantes para a doença ou condição sob estudo.

O aforismo “mente sã em corpo são” tem ganho um novo fôlego com o conceito de QdVRS, porventura difícil de medir, mas aplicável na avaliação do exercício da prática clínica, especialmente numa época em que, cada vez mais, alguns quadros clínicos se prolongam no tempo de vida dos pacientes muitas vezes à custa de cedências funcionais.

Factores subjectivos como atitudes, crenças e valores de cada paciente relativamente à sua saúde, doença e diferentes possibilidades terapêuticas, determinam, em grande parte, a auto-percepção da QdV e, mais especificamente, da QdVRS e, assim, a satisfação com o tratamento e adesão ao mesmo. Só colocando a questão de qual a mais valia para o paciente em termos de QdVRS associada a uma condição ou terapêutica específica se pode equacionar se o “preço” que cada indivíduo paga por uma vida mais longa ou sem uma dada doença é ou não adequado na perspectiva do próprio paciente.

Não admira portanto que o conceito de QdVRS, apesar de ainda difícil de operacionalizar, tenha vindo a conquistar cada vez mais relevo quer no panorama da investigação médica actual quer no repensar da intervenção clínica do dia-a-dia.

2.3. Prática de exercício físico e Qualidade de Vida Relacionada com Saúde

Como já referido, existe uma vasta literatura ligando a prática de exercício físico à promoção e protecção da saúde. Associada a esta linha de investigação, muito se tem dito a respeito dos efeitos do exercício físico na qualidade de vida e, mais especificamente, na qualidade de vida relacionada com saúde.

De facto, muitos autores concluem que a qualidade de vida relacionada com a saúde é melhorada devido ao facto da prática de exercício físico regular melhorar a saúde ou, por outro lado, prevenir a ocorrência de vários tipos de problemas de saúde. A lógica parece, então, ser a seguinte: protegendo a saúde leva a um aumento da qualidade de vida relacionada com a saúde. Dito de outro modo, presume-se que a ausência da doença melhora a qualidade de vida relacionada com a saúde. Mas, e apesar de QdVRS não ser (ou não dever ser) hoje em dia considerada como uma medida de ausência de sintomas ou de doença, poucos estudos tentam realmente ver o efeito directo e imediato da actividade física na qualidade de vida relacionada com a saúde.

A verdade é que, nos países onde se tem estudado de forma mais sistemática os efeitos da prática de exercício físico e fomentado a sua prescrição, as taxas de adesão a este comportamento de saúde não é de todo encorajadora. O que faz levantar a questão quanto a um efeito real (directo, imediato e percebido pelo próprio) do aumento da actividade física no aumento da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Poder-se-á mesmo esboçar a hipótese de que o exercício físico pode aumentar a

quantidade da vida à custa de anos-extra ganhos mas gastos a exercitar-se. O que poderia, então, ser entendido – ou sentido - como uma obrigação prescrita, resultando em mais anos ganhos à custa de menos qualidade.

Berger (1983-1986), Berger e Owen (1988) (citados por Berger, e McInman, 1993) propuseram três componentes primários quanto à prática de exercício físico para efeitos do estudo dos tipos de actividade física que originariam maiores benefícios psicológicos e bem-estar: (a) o gosto e alegria na tarefa, (b) tipo ou características da actividade e (c) requisitos para a sua prática. Segundo os mesmos autores, a relação entre exercício e bem-estar psicológico depende ainda de factores da prática como: a) serem actividade de grupo ou individuais, b) de competição ou de lazer, c) aeróbicas ou anaeróbicas, regulares ou pontuais.

Embora, como referido por Cruz, Machado, e Mota (1996, pág. 96), “as várias meta-análises efectuadas neste domínio, parecem concluir, em termos gerais, que o exercício está associado a efeitos e benefícios em várias variáveis de bem estar psicológico e de saúde mental”, em estudos recentes, não se observou nenhuma relação aparente entre diferentes níveis de gasto de energia e qualidade de vida percebida (Hellenius, Dahlof, Aberg, Krakau, e Faire, 1995; Fuller, Sawyer, Coward, Paxton, e Elia, 1996). Por outro lado, verificou-se noutros estudos uma associação significativa entre a actividade física e o bem-estar psicológico nos idosos embora tenha ficado por determinar o sentido da causalidade entre aquelas duas variáveis (Ruuskanen, e Ruoppila, 1995).

Em resumo, há pouca evidência que apoie a conclusão de que a actividade física está relacionada causalmente com um aumento do bem estar psicológico (Brown, e Siegel, 1988)

ou vice-versa.

Os mecanismos de acção que podem explicar a relação entre a prática do exercício físico e o bem estar psicológico (tão claramente defendido em diversos estudos) não é de todo compreendido (Cruz et al., 1996).

Face ao *estado de arte* actual, resulta como relevante o estudo da relação directa entre a actividade física e indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde. Seria importante dissecar essa relação quanto à quantidade, frequência e tipo de actividade física (bem como o tipo de *setting*/contexto em que ocorre). No presente estudo, apenas será estudada a relação entre o dispêndio energético diário médio (*DEDM*) (e o contexto deste) e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde que lhe está associada.

Este estudo representa um esforço no sentido de compreender melhor essa relação e de, assim, ajudar a construir um modelo teórico que nos permita, por um lado, compreender o estado actual da prática de exercício físico (a nível *macro*, i.e., nacional) e, por outro, tentar aumentar essa mesma prática. Seguindo o conselho de um daqueles professores que marcam, “*if you want to go further, get a theory*”.

3. Metodologia

3.1. Tipo de Estudo

O presente estudo pode ser descrito como observacional, descritivo, transversal e multinacional. A forma de recolha de informação é o inquérito.

Embora toda a metodologia, bem como o instrumento do estudo (questionário) tenha sido elaborada em Portugal, o estudo (mais propriamente, o *field work*) foi também lançado, em simultâneo, na Bélgica, na Itália por razões já adiantadas no capítulo introdutório do presente texto.

Os **objectivos do estudo** foram:

1. caracterizar os padrões nacionais (para Portugal, Bélgica e Itália) de prática de exercício físico;
2. identificar factores barreira e factores de motivação para a prática regular de exercício físico (para Portugal, Bélgica e Itália)
3. estudar a relação entre o dispêndio energético diário médio (*DEDM*) (enquanto medida resultante da intensidade e frequência de actividade física do dia-a-dia dos sujeitos do estudo) e indicadores (auto-percepcionados e auto-relatados) de qualidade de vida relacionada com a saúde. Para o efeito, a hipótese de partida é a seguinte:

Hipótese 1: A prática de exercício físico regular está associada positivamente com a qualidade de vida relacionada com a saúde

Hipótese 2: Quanto maior for o dispêndio energético diário médio, maiores serão os índices (médios) de qualidade de vida relacionada com a saúde

Os questionários foram enviados para casa dos sujeitos, sendo preenchidos em regime de auto-administração. A devolução dos mesmos foi feita também por correio, através de envelopes de porte pré-pago.

3.2. *Amostragem*

Em cada país (Bélgica, Itália e Portugal), foram enviados 20.000 questionários a amostras nacionais, estratificadas em termos de sexo, idades e distribuição geográfica (de acordo com os dados mais actuais dos respectivos CENSUS¹).

Nos três países, a extração aleatória de endereços foi feita relativamente a bases de dados de clientes de operadores de telefones fixos (ou seja, agregados possuidores de telefone fixo). Neste sentido, a amostra não pode ser considerada como aleatória embora possa ser considerada como representativa das populações em causa em termos de idades sexo, idade e distribuição geográfica.

Os questionários foram assim preenchidos pelos inquiridos nas suas próprias casa, tendo sido reenviados para a sede do projecto através de envelope com porte pré-pago.

Para maximizar a representatividade dos dados recolhidos, os dados recolhidos foram poderados *a posteriori*. Este controlo é fundamental neste tipo de estudos pois os

¹ Em Portugal, os CENSUS mais recentes são os de 1991. Assim sendo, foram utilizadas as estimativas demográficas do ano de 1999, para a estratificação em causa (INE, 1999). Para a estratificação em Portugal, utilizou-se a Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos – NUTS (Dec. Lei nº46/89, de 5 de Fevereiro).

questionários recolhidos e devidamente preenchidos não são os mesmos que foram enviados. Pelo que ocorrem desvios quanto à estratificação da amostra que devem ser corrigidos de forma estatística sempre que possível (em anexo podem ser consultados os coeficientes de ponderação utilizados para cada um dos países em estudo).

3.3. Operacionalização das variáveis

a) Variáveis principais

- *Modalidade desportiva praticada* - variável nominal
- *Motivação (para a prática de actividade física)* – variável nominal;
- *Barreira (à prática de actividade física)* – variável nominal;
- *Crença (sobre prática de exercício físico)* – variável nominal;
- Variáveis indicadoras de *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde* (resultantes do *Nottingham Health Profile*) – variáveis métricas de rácio;
- *Dispêndio energético diário (DED)* (valor diário total e valor diário em três contextos distintos - actividades de lazer, actividades desportivas, e actividades de trabalho) - variáveis métrica de rácio, resultantes da aplicação das escalas do questionário de Baecke e que medem a quantidade de actividade física que, na opinião do próprio, é dispendida habitualmente em (a) actividades profissionais, (b) actividades desportivas, (c) actividades de lazer, e (d) na totalidade das actividades do dia-a-dia;

b) Variáveis Demográficas

- *Sexo* – variável nominal dicotómica (masculino/feminino);
- *Idade* – variável métrica de intervalo
- *Estado civil* – variável nominal
- *Local de residência* – variável nominal
- *Situação profissional* – variável nominal

- c) Outras variáveis (de controlo)
- *Acontecimento de vida (life-event)* relevante (nos últimos 3 meses) – variável nominal dicotómica (sim/não);
 - *Altura* – variável métrica de rácio (registada em metros e com duas casas decimais, possibilitando uma precisão até aos centímetros);
 - *Peso* – Variável métrica de razão que inclui, como possibilidades de resposta, todos os números inteiros que correspondam aos possíveis pesos de cada indivíduo com o limite teórico de três casas;
 - *Índice de Massa Corporal (IMC)* – Resulta de um cálculo, pelo que não consta do questionário. Trata-se do quociente entre o peso (em kg) e a segunda potência da altura (em metros com duas casas decimais). Apesar de ter unidades (kg/m^2), estas não são habitualmente utilizadas.
 - Existência de *condição de saúde limitante* (percebida ou conhecida pelo próprio) à prática de exercício físico regular – variável nominal dicotómica (sim/não).

3.4. Instrumento de inquérito

O instrumento de inquérito utilizado (em anexo) foi estruturado na seguinte maneira:

- a) Começa com um conjunto de perguntas que caracterizam a amostra quanto às actividades físicas em que as pessoas estão envolvidas e aos factores atitudinais/motivacionais para tal (perguntas 1 a 9);
- b) segue-se a inclusão de um questionário validado e adaptado às populações/países em estudo, para medir o gasto energético diário médio dos respondentes: o *Baecke Questionnaire of Habitual Physical Activity* (perguntas 10 a 37);
- c) segue-se a inclusão de uma *check-list (Physical Activity Readiness Questionnaire - PAR-O)* que permite identificar possíveis condições de saúde que possam limitar a prática de exercício físico (ou, pelo menos, implicam *screening*/consulta médica antes do envolvimento em exercícios físicos específicos) (perguntas 42 a 50.1). Este

instrumento tem sido utilizado para efeitos de triagem em cuidados de saúde primários aquando de campanhas ou iniciativas individuais de prescrição de exercício físico – Pescatello, 2001);

- d) segue-se uma versão, modificada, de um questionário genérico de Qualidade de Vida Relacionada com a saúde. Trata-se do Nottingham Health Profile (NHP) (perguntas 52 e 53).
- e) segue-se uma check-list de crenças relativas à prática de actividade física (pergunta 39);
- f) o instrumento termina com um conjunto de questões demográficas (perguntas 54 a 65).

O questionário foi adaptado linguisticamente a cada um dos países envolvidos (com excepção óbvia para os questionários de Baecke e de *NHP*, já anteriormente validados e adaptados para estes países). Para o efeito, foi efectuada dupla tradução independente de uma primeira versão, portuguesa, seguida por dupla retroversão da versão de consenso daí resultante.²

O questionário foi elaborado com o apoio da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, especialmente no que se refere às perguntas descritivas dos padrões de prática de exercício físico (e de modalidades desportivas).

O questionário foi testado primeiramente com uma amostra de conveniência (25 pessoas). Após a verificação (e aferição) da facilidade/dificuldade em responder às várias perguntas, seguiu-se o envio de 500 questionários a uma amostra representativa da população

² Seguiu-se o seguinte esquema de adaptação linguística: as traduções foram feitas por nativos dos respectivos países, fluentes em português; as retroversões foram feitas por portugueses fluentes nas línguas de cada país (neerlandês, francês e italiano).

nacional (em termos de estratificação geográfica). Desse teste (onde foi obtida uma taxa de resposta de aproximadamente 10%), resultaram algumas alterações (nomeadamente eliminação de algumas perguntas). Só então é que se iniciou o processo de adaptação linguística do questionário para os restantes países.

3.4.1. O Nottingham Health Profile: medição genérica de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Como já atrás se referiu, o questionário genérico usado para medir a qualidade de vida relacionada com a saúde associada à prática do exercício físico (i. e., com o dispêndio energético diário) foi o *Nottingham Health Profile (NHP)*.

Este instrumento foi desenvolvido com o objectivo de medir o estado percebido de saúde através de auto-relato (Bowling, 1995). O *NHP* tem a sua origem no Reino Unido, tendo sido criado a partir das percepções *leigas* do estado de saúde, com base em entrevistas com um grande número de pessoas (sem conhecimentos de saúde) relativamente aos efeitos comportamentais do *estar-se doente*. Dito de outra forma, não foram consultados técnicos de saúde para a sua elaboração. Assim sendo, Hunt et al. (1986, cit. Bowling, 1995) defende que este instrumento não é um índice de doença ou do *estar-se doente* mas sim um indicador do que as pessoas sentem quando experienciam estados de doença.

Foi construído de forma a garantir a sua aplicabilidade em auto-administração, é fácil de compreender por níveis sócio culturais mais desfavorecidos assim como por pessoas idosas (Bowling, 1995), é de rápido preenchimento e foi o primeiro instrumento a ser extensivamente testado e desenvolvido para uso na Europa (McDowell e Newell, 1996). Até ao surgimento do

SF-36, o *NHP* foi um dos mais populares instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde na Europa (*idem*).

Destinado inicialmente a ser utilizado no contexto de cuidados médicos primários, foi também usado extensivamente para avaliar as exigências de cuidados, quer em estudos populacionais, quer em ensaios clínicos (Hunt, 1981, citado por McDowell e Newell, 1996).

O instrumento é composto por duas partes diferentes. A primeira parte, usada de forma mais frequente em estudos comparativos, inclui uma lista dos sintomas que podem ou não constituir uma preocupação dos respondentes. Esta parte do *NHP* contém 38 itens agrupados em seis secções ou dimensões:

☞ *vitalidade:*

- sinto-me cansado/a
- tudo me custa a fazer
- estou a ficar sem forças

☞ *sensações dolorosas:*

- tenho dores durante a noite
- tenho dores insuportáveis
- tenho dores quando mudo de posição
- tenho dores ao andar
- tenho dores quando estou de pé
- as dores não me largam
- tenho dores ao subir ou descer escadas ou degraus
- tenho dores quando estou sentado/a

☞ *reações emocionais:*

- tudo me desanima

- já nem sei o que é sentir-me bem com a vida
- sinto-me nervoso/a, tenso/a
- os dias parecem-me nunca mais acabar
- perco a paciência com facilidade
- sinto que estou a perder o controlo
- as preocupações não me deixam dormir
- sinto que não vale a pena viver
- sinto-me deprimido/a ao acordar

☞ *relações sociais:*

- sinto-me só
- custa-me estar com outras pessoas
- sinto que não posso contar com ninguém
- sinto que sou um peso para as outras pessoas
- tem sido difícil dar-me com as pessoas

☞ *sono:*

- tomo medicamentos para dormir
- acordo muito cedo e tenho dificuldades em voltar a adormecer
- passo a maior parte da noite acordado/a
- levo muito tempo a adormecer
- durmo mal de noite

☞ *mobilidade:*

- só consigo caminhar dentro de casa
- tenho dificuldade em baixar-me
- não consigo mesmo andar
- tenho dificuldade a subir ou descer escadas ou degraus
- tenho dificuldade em chegar às coisas
- tenho dificuldade em vestir-me

- tenho dificuldade em estar de pé durante muito tempo (por ex^o, em frente ao lava-loiça ou à espera do autocarro)
- preciso de ajuda para andar quando estou fora de casa (por ex^o, preciso de uma bengala ou do braço de alguém)

A segunda parte deste instrumento fornece um indicador de *handicap* e contém 7 ítems que registam o efeito/impacto dos problemas de saúde:

- ☞ no trabalho (emprego)
- ☞ nas tarefas de lida da casa (limpar, cozinhar, fazer pequenas reparações, etc.)
- ☞ na vida social (sair com amigos, ...)
- ☞ na vida familiar
- ☞ na vida sexual
- ☞ nos passatempos/actividades de lazer
- ☞ nas férias

Esta segunda parte mede o modo como os problemas de saúde percebidos afectam a vida diária do respondente.

Este instrumento não permite obter um *score* total.

O *NHP* foi testado relativamente à validade facial, de conteúdo e de critério, tendo sido referido como uma boa medida de avaliação subjectiva do estado de saúde nas áreas física, social e emocional (Bowling, 1997). É considerado como possuidor de óptimas propriedades psicométricas. O'Brien (1988, citado por Bowling, 1997) usou o instrumento para medir a qualidade de vida antes e depois de operações de transplantação. Nesse estudo, o *NHP* mostrou ser sensível a alterações do estado clínico e provou uma correlação forte e

significativa com a capacidade de prática de exercício físico.

O *NHP* também já foi utilizado para estudar o efeito do exercício físico na qualidade de vida em pacientes após intervenção de cirurgia coronária. Nesse estudo, a qualidade de vida correlacionou significativamente com a capacidade em praticar exercício físico após a alta hospitalar (Sjole, Wiklund, Caidahl, Albertson, e Herlitz, 1995).

Quanto à fidelidade do instrumento, dois estudos (Hunt et al, 1981; cit. Bowling 1997) de teste-reteste demonstraram um elevado nível desta propriedade, com correlações entre 0,71 e 0,88.

A parte II do *NHP*, contudo, não obteve resultados tão bons como a parte I, o que explica porque razão esta parte II não é tão frequentemente utilizada.

Como limitações do instrumento, há a assinalar que é tido como uma medida limitada de funcionalidade, sendo que alguns quadros clínicos não são detectados. De facto, é sabido que falta sensibilidade a este instrumento para diferenciar entre estados clínicos em populações não doentes (Bowling, 1997) ou para detectar ligeiras melhorias de saúde. Isto deve-se principalmente ao facto das perguntas apenas permitirem respostas fechadas, dicotómicas, de “sim/não”.

Por esta razão, e tentando aumentar a capacidade a validade discriminativa do instrumento, para o presente estudo optou-se por criar uma versão modificada da versão Portuguesa já anteriormente validada (pelo núcleo de estudos da Faculdade de Economia da

Universidade de Coimbra³), no sentido de usar uma escala Likert de 5 pontos, em vez da versão com respostas em formato dicotómico.

Foi estudado o *alpha de Chronbach* desta versão modificada (e criada especificamente para o estudo aqui descrito) para cada país. A tabela seguinte indica os valores do *alpha de Chronbach* para cada uma das escalas do instrumento bem como para o instrumento (*NHP* modificado) na sua totalidade (parte A do *NHP*).

Tabela 1. Valores alpha de Chronbach da versão modificada do NHP

	Vitalidade	Dor	Reacções emocionais	Isolamento Social	Sono	Mobilidade	Escala completa
Bélgica (versão flamenca)	0,76	0,81	0,85	0,66	0,63	0,76	0,94
Bélgica (versão francesa)	0,76	0,80	0,83	0,66	0,70	0,80	0,94
Itália	0,68	0,77	0,82	0,64	0,66	0,69	0,93
Portugal	0,74	0,84	0,86	0,65	0,70	0,80	0,95

Como se pode verificar, esta versão, com a escala de resposta modificada de formato dicotómico para ordinal de 5 pontos, apresenta coeficientes de consistência interna (*alpha de Chronbach*) bastante aceitáveis (entre 0,63 e 0,95) para todos os países onde foi aplicado. É também de prever que o aumento do número de possibilidades na escala de resposta permita uma maior sensibilidade ao instrumento.

O facto de ter optado por este instrumento, de entre as inúmeras opções hoje existentes

³ Não foi possível, até à data (e apesar de várias tentativas nesse sentido), obter os dados psicométricos desta

para medição de QdVRS e, em especial, em detrimento do SF-36 Health Survey Questionnaire, actualmente o questionário mais utilizado e com propriedades psicométricas mais estudadas – Ferreira, 2000, teve a ver com critérios pessoais do autor no que se refere à validade facial do instrumento. De facto, a formulação dos itens do NHP afasta-se claramente do conceito de saúde como ausência de doença (ou de sintomas de doença). A percepção (subjectiva) do autor do estudo é que os itens contidos no NHP, na forma como estão formulados, são mais próximos do conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde do que a maioria dos instrumentos existentes. Principalmente quando o objectivo é o de avaliar este conceito numa população. A falta de sensibilidade do instrumento original é aliás tida como o grande “defeito” deste instrumento, quando comparado com outros mais em voga (por exemplo o SF-36). Daí a opção pela utilização de uma versão modificada deste instrumento, tal como já descrito anteriormente. É a convicção do autor que esta versão modificada do promove aumento da sensibilidade do instrumento, mantendo inalteráveis as restantes propriedades psicométricas.

versão portuguesa do instrumento, nem mesmo a data da sua adaptação para a língua e população portuguesa.

3.4.2. *O Questionário de Actividade Física Habitual de Baecke: medindo o nível de dispêndio energético diário (DED)*

A procura dos hábitos de actividade física de uma população coloca alguns desafios.

As pessoas são activas de diferentes formas, em diferentes momentos e locais e por diferentes razões. O padrão de actividade física de cada pessoa é diferente e varia de dia para dia, e de estação do ano para estação do ano (Sallis et al., 1992).

Vários estudos têm sido realizados utilizando métodos diferentes para avaliar o nível de actividade física habitual, entre eles a monitorização da frequência cardíaca (Meijer, Westerterp, Koper, e Hoor, 1989), os diários de actividade (Dishman, e Steinhardt, 1988), água marcada (Shultz, Westerterp, e Bruck, 1989), os acelerómetros (Miller, Freedson, e Kline, 1994) e a observação directa (Klesges, e Klesges, 1987).

Alguns dos instrumentos disponíveis para medir o nível de actividade física estimam o dispêndio calórico total mas não dão informação sobre o tipo ou a intensidade das actividades. Outros fornecem informação sobre o tipo e a duração da actividade, mas não sobre a intensidade.

O custo das técnicas de mensuração da actividade física, quer ao nível do equipamento quer ao nível do tempo e esforço que requerem, tanto do investigador como das pessoas que constituem a amostra, é também um factor a ter em conta aquando de estudos com amostras grandes (Paffenbarger, Hyde, Wing, Lee, Jung, e Kampert, 1993; Washburn, Smith, Jette, e Janney, 1993).

Assim, para avaliar o nível de actividade física num estudo de carácter epidemiológico é necessário um método que tenha um custo reduzido, seja agradável ao sujeito avaliado e seja preciso (Janz, 1994).

Para estudos de larga escala, o questionário parece ser a forma mais prática (Washburn, e Montoye, 1986) para aceder à informação sobre a actividade física habitual, permitindo abordar não somente o dispêndio de energia total durante um determinado dia ou semana, mas também o padrão de actividade física habitual num período mais longo.

Não admira assim que, como afirmam Washburn, Smith, Goldfield e McKinlay (1991), os questionários sobre a actividade física representem o meio mais utilizado nos estudos epidemiológicos para medir o nível da actividade física.

Descrição do questionário

O *Baecke Questionnaire of Habitual Physical Activity* avalia os componentes das actividades de lazer e ocupacionais num formato auto-administrado (Baecke et al, 1982). Foi desenvolvido através da medição da actividade física habitual em estudos epidemiológicos e consiste em três secções:

- ☞ actividade relacionada com o trabalho
- ☞ actividade relacionada com o desporto
- ☞ actividades de lazer não relacionadas com o desporto
- ☞ por fim, fornece também um *score* de dispêndio diário total de energia

Cada uma destas medições é realizada através de um conjunto de questões pontuáveis

numa escala de Likert de 5 pontos, que varia entre “nunca” e “sempre”/“muito frequentemente”.

Todas as respostas são codificadas numa escala de cinco pontos, com excepção da pergunta relacionada com a profissão (pergunta 61) e das perguntas relacionadas com a actividade desportiva (perguntas 18 e 25).

Para efeitos de cálculo do dispêndio energético, as profissões indicadas pelos respondentes são recodificadas em três níveis: nível ligeiro - profissões como eclesiásticos, condutores, professores, vendedores, estudantes, domésticas, médicos ou outras ocupações relacionadas com uma educação universitária; nível médio - profissões como empregado fabril, canalizador, carpinteiro ou agricultor; e nível elevado - profissões como estivador, empregado de construção civil ou desportista. O nível reduzido é codificado com o valor “1”, o nível médio com o valor “3” e o nível elevado com o valor “5”.

Quanto aos desportos, estes são também agrupados em três níveis *energéticos*: nível ligeiro - desportos como bilhar, velejar, “bowling” ou golf; nível médio - desportos como badminton, ciclismo, dança, natação ou ténis; e nível elevado - desportos como boxe, basquetebol, futebol, rugby ou remo. Para cada desporto é atribuído (a) um valor de intensidade correspondente ao nível ligeiro, médio e elevado de actividade física (0,76 - 1,26 - 1,76); (b) um valor para as horas dedicadas por semana (0,5 - 1,5 - 2,5 - 3,5 - 4,5); e (c) um valor para o número de meses por ano de prática (0,04 - 0,17 - 0,42 - 0,67 - 0,92). O resultado desta questão é calculado através da multiplicação das três parcelas, a intensidade, o tempo dedicado semanalmente e número de meses por ano de prática regular do desporto, que é

comparado com uma escala, obtendo-se assim os pontos correspondentes à questão. A relação dos valores assim obtidos para esta questão (quais o (ou os dois) desporto/s que o inquirido pratica mais frequentemente) com a escala é a seguinte: $0 = 1$; $0,01 < 4 = 2$; $4 < 8 = 3$; $8 < 12 = 4$; $\geq 12 = 5$.

A pontuação (*score*) de cada escala é obtido realizando a média dos pontos obtidos nas questões correspondentes a essa escala.

A pontuação total é obtida somando as pontuações de cada escala.

Propriedades psicométricas

A fidelidade deste questionário tem sido demonstrada por vários trabalhos internacionais (Baecke et al, 1982; Jacobs, Ainsworth, Hartman, e Leon, 1993).

Segundo Baecke e al. (1982), o questionário apresenta um coeficiente de correlação no teste-reteste, com um intervalo de três meses, de $r = 0,88$, $r = 0,81$ e $r = 0,74$, para os índices de actividade física em actividades profissionais, actividade desportiva e actividade física nos tempos livres (não desportiva) respectivamente. Para um intervalo de um mês, Jacobs et al. (1993), referem coeficientes de correlação de $r = 0,78$, $r = 0,90$, $r = 0,86$ e $r = 0,93$, sendo este último valor referente à pontuação total (somatório das pontuações obtidas em cada uma das três escalas do instrumento). Estes valores são da mesma magnitude que os referidos por Pols, Peeters, Bueno-De-Mesquita, Bas, Ocké, Wentink, Kemper, e Collette (1995), que utilizaram o questionário de Baecke modificado (mais três questões na escala de actividade física nos tempos livres), numa população com idades compreendidas entre vinte e setenta

anos, de ambos os sexos e com um intervalo de cinco meses na reaplicação do questionário, e ainda por Richardson, Ainsworth, Wu, Jacobs, e Leon (1995), com um intervalo de um mês na reaplicação do questionário, em pessoas de ambos os sexos entre os vinte e os cinquenta e nove anos de idade.

Gretebeck, e Montoye (1990) e Mahoney, e Freedson (1990), reportaram coeficientes de correlação entre o questionário de Baecke e o acelerómetro Caltrac® de $r = 0,40$ ($p < 0,05$) e $r = 0,53$ ($p < 0,01$), respectivamente.

Pols et al (1995), referem que a pontuação total do questionário de Baecke e o dispêndio de energia em vinte e quatro horas, calculado através do método de diário, numa população com idades compreendidas entre vinte e setenta anos, de ambos os sexos apresenta um coeficiente de correlação de $r = 0,56$ para o sexo masculino e de $r = 0,44$ para o sexo feminino (intervalo de confiança de 95%). O valor inferior para o sexo feminino poderá ser devido à menor variação do dispêndio energético obtido através deste método.

Quando pedido às pessoas que referissem as suas actividades nas últimas quatro semanas, a pontuação obtida na escala de actividade desportiva estava correlacionado com as actividades mais vigorosas ($r = 0,71$, $p < 0,05$), estando a pontuação obtida na escala de actividade física no tempo de lazer correlacionado com as actividades ligeiras ($r = 0,69$, $p < 0,05$), apresentando as quatro pontuações do instrumento correlação muito reduzida ou negativa com as actividades domésticas. As pontuações obtidas nas escalas de actividade desportiva, no trabalho e total e a capacidade cardiorespiratória apresentaram uma correlação de $r = 0,52$ ($p < 0,05$), $r = 0,23$ ($p < 0,05$), e $r = 0,54$ ($p < 0,05$), respectivamente. Os

valores da correlação do questionário de Baecke com o “METs-minuto” (divisão do dispêndio calórico, obtido através do acelerómetro Caltrac[®], pela taxa metabólica de repouso) não foram significativos (Jacobs et al., 1993).

O quadro seguinte apresenta, em síntese, as referências, métodos, amostras e resultados de alguns dos estudos referidos na validação do questionário de Baecke.

Tabela 2. Estudos de validação do questionário de Baecke

Referência	Métodos	Amostra	Resultados
Baecke et al. (1982)	Teste-reteste com intervalo de 3 meses (Correlação Pearson)	139 homens e 167 mulheres, adultos	Trabalho: 0,88 Desporto: 0,81 Lazer: 0,74
Jacobs et al. (1993)	Teste-reteste com intervalo de 1 mês (Correlação Spearman)	28 homens e 50 mulheres, caucasianos adultos	Trabalho: 0,78 Desporto: 0,90 Lazer: 0,86 Total: 0,93
Miller et al. (1994)	Relação entre a pontuação total de Baecke e o acelerómetro Caltrac (Correlação Spearman)	7 homens e 26 mulheres	Caltrac : 0,40
Jacobs et al. (1993)	Relação entre Baecke e consumo máximo de oxigénio (VO ₂ máx.) e o acelerómetro Caltrac (Correlação Spearman)	28 homens e 50 mulheres, caucasianos adultos	<u>VO₂máx.</u> Trabalho: 0,23 Desporto: 0,52 Lazer: 0,26 Total: 0,54 <u>Caltrac</u> Trabalho: 0,19 Desporto: 0,32 Lazer: 0,01 Total: 0,54
Pols et al. (1995)	Relação entre a pontuação total de Baecke e o dispêndio de energia (Correlação de Pearson)	64 homens e 62 mulheres, entre os 20 e 70 anos de idade	Homens Total: 0,56 Mulheres Total: 0,44

Em Portugal, o Laboratório de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade

Humana (FMH), tem utilizado, em múltiplos trabalhos, este questionário na sua versão portuguesa, entretanto validada no contexto de uma tese de doutoramento (Shamshekally, 1999) com uma amostra de 71 sujeitos, e através do estudo comparativo com os registos de acelerómetros CSA. Neste trabalho de validação para a população portuguesa, as escalas do questionário de Baecke apresentaram correlações significativas (entre 0,3 e 0,6; $p < 0,05$) com os respectivos valores registados pelos acelerómetros.

De forma resumida, pode-se dizer que a principal virtude deste instrumento é a de fornecer uma avaliação detalhada do espectro total de actividade (Cauley, LaPorte, Seler, Schramm, Kriska, 1987). No entanto, não fornece uma categorização possível dos *scores* finais. Ou seja, não permite determinar se um determinado valor é representativo do ser-se *sedentário* ou do ser-se *activo*.

De qualquer modo, os seguintes intervalos representam os limites dos *scores* possíveis nas diferentes escalas:

☞ Escala do trabalho	[1 ; 4,75]
☞ Escala do desporto:	[1 ; 5]
☞ Escala do lazer não relacionado com o desporto:	[1 ; 5]
☞ <i>Score</i> total:	[3 ; 14,75]

4. Resultados

4.1. Apresentação dos resultados

A análise estatística foi totalmente realizada em SPSS para Windows (versão 10.0.7).

Os resultados, sempre que relevante, são apresentados para cada país. Assim, procedeu-se aos seguintes tratamentos estatísticos relativamente aos dados obtidos para cada país (Portugal, Bélgica e Itália):

1. foram calculados os coeficientes de ponderação, de forma a maximizar a representatividade dos dados. Para o efeito, foram considerados os parâmetros sexo, idade e área de residência e o ajustamento foi efectuado com base nos dados demográficos mais actuais de cada país. Deste modo, os dados obtidos neste estudo, podem ser considerados como tendências representativas da realidade nacional – a tabela de ponderações pode ser consultada em anexo. Ao longo deste capítulo, as tabelas onde as ponderações foram aplicadas apresentam a nota “(*dados ponderados*)”.
2. as variáveis sócio-demográficas, variáveis relacionadas com o estado de saúde auto-descrito e variáveis relacionadas com a prática de actividade/exercício físico foram analisadas em termos da sua distribuição (análise descritiva).
3. foi também feita uma análise exploratória de dados relativamente às variáveis comportamentais e atitudinais para a prática de exercício físico.
4. o estudo da relação entre os indicadores de QdVRS e os de DED foi feito através de (a) teste *t* de comparação de médias para amostras independentes, (b) análise de correlação parcial (corrigindo para algumas variáveis que por razões teóricas ou estatísticas poderiam ter um efeito de confundimento no estudo dessa correlação) e

(c) comparações de médias entre os grupos de respondentes com diferentes níveis de dispêndio energético diário médio (*DEDM*), relativamente aos indicadores de QdVRS. Para o efeito, utilizou-se análise de covariância, incluindo no modelo, como variáveis concomitantes, todas as variáveis (demográficas e/ou relacionadas com o estado de saúde auto-descrito) que mostraram ter efeito (isolado) nos indicadores de QdVRS. Os valores ajustados (através do modelo de covariância) foram sujeitos a comparações múltiplas. Para o efeito, foi utilizado o teste *post-hoc* de comparações múltiplas de *Bonferroni*, por este ser um teste conservador - ou seja, menos sujeito a erros do tipo I ou, ainda dito de outra forma, com bom poder de teste (Zar, 1996), ao nível de significância $\alpha = 0,05$.

4.2. *Características da amostra*

Neste capítulo apresentam-se as variáveis demográficas dos respondentes.

Sempre que existam diferenças estatisticamente significativas entre respondentes com características sócio-demográficas diferentes relativamente a indicadores de QdVRS, as mesmas serão referidas. As comparações estatísticas foram efectuadas através do método da ANOVA, seguido por comparações múltiplas *post-hoc* (foi aqui escolhido o teste de *Tukey*, ao nível de significância de $\alpha = 0,05$).

4.2.1. *Tamanho da amostra*

A tabela seguinte indica o número de pessoas que responderam ao questionário, para cada um dos países onde o estudo foi realizado bem como a taxa de resposta obtida em cada

país. Bélgica foi o país onde se conseguiu melhor taxa de resposta (8,98).

Tabela 3. Tamanho da amostra para cada país (e respectiva taxa de resposta)

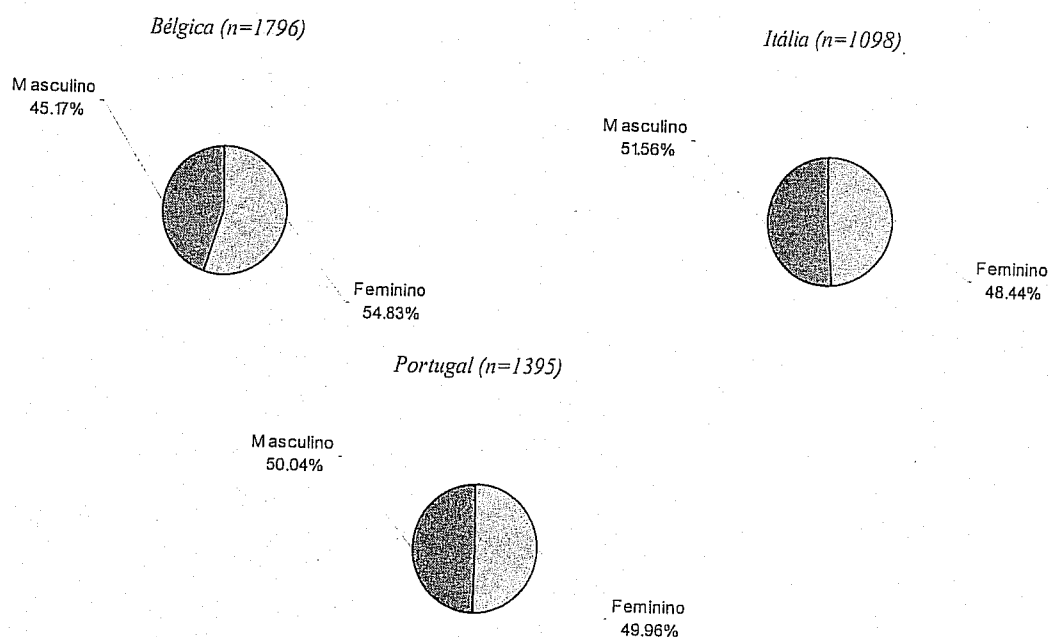
	Bélgica	Itália	Portugal	Total
<i>n</i>	1797	1098	1394	4289
Taxa de resposta (%)	8,98	5,49	6,97	7,15

4.2.2. Dados demográficos

4.2.2.1. Sexo

Como se pode verificar nos gráficos apresentados de seguida as amostras de cada país são muito equilibradas no que se refere à variável sexo.

Gráfico 1. Distribuição das amostras (Bélgica, Itália e Portugal) por género (%)



Na Bélgica, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo

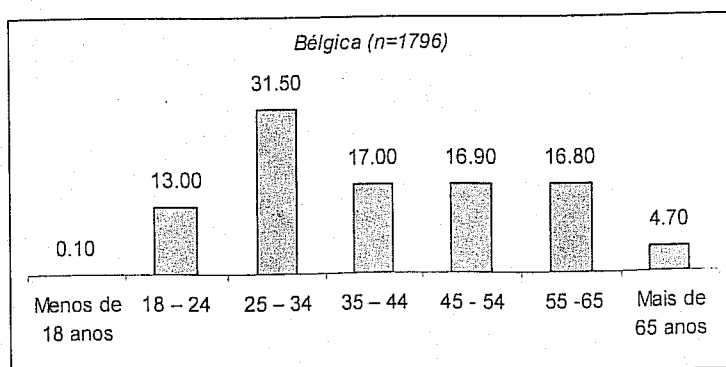
dos respondentes e os *DEDs* em actividades desportivas ($M_{(\text{homens})} = 2,71$ e $M_{(\text{mulheres})} = 2,52$; $t = -7,88$) e em actividades de lazer não relacionadas com desporto ($M_{(\text{homens})} = 2,68$ e $M_{(\text{mulheres})} = 2,75$; $t = 2,07$). Assim, neste país, enquanto que os homens ($n=769$) dispendem, por dia e em média mais energia em actividades desportivas que a mulheres ($n=936$), estas dispendem mais energia que os homens em actividades de lazer não desportivas.

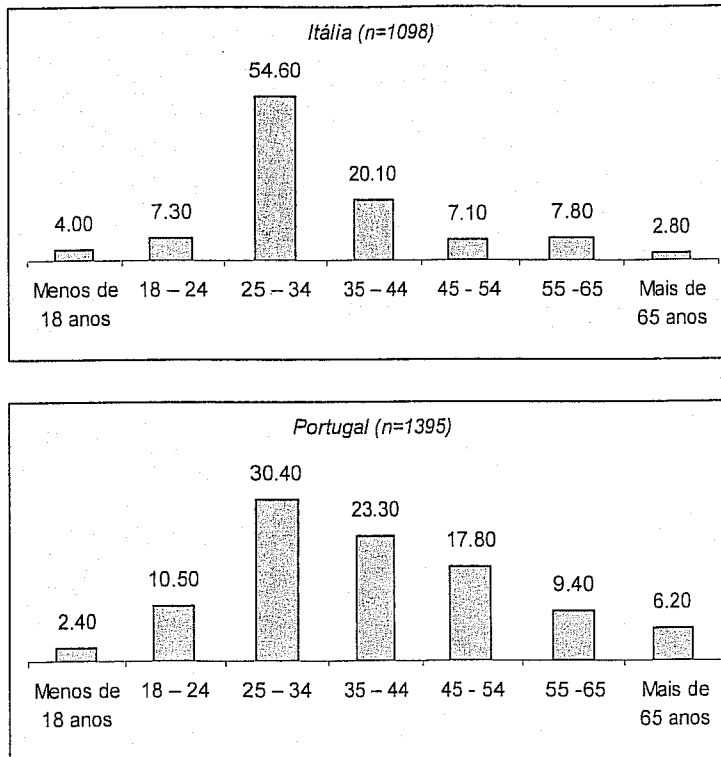
Em Itália e em Portugal, as diferenças encontradas entre sexos referem-se aos dispêndios energéticos em actividades desportivas (Itália: $M_{(\text{homens})} = 2,77$ e $M_{(\text{mulheres})} = 2,53$; $t = -7,44$. Portugal: $M_{(\text{homens})} = 2,68$ e $M_{(\text{mulheres})} = 2,50$; $t = -6,32$) e no total das actividades diárias (Itália: $M_{(\text{homens})} = 8,35$ e $M_{(\text{mulheres})} = 8,08$; $t = -3,73$. Portugal: $M_{(\text{homens})} = 8,08$ e $M_{(\text{mulheres})} = 7,93$; $t = -2,41$). Assim, em ambos os países, os homens ($n=459$ para Itália; $n=673$ para Portugal) têm um dispêndio energético superior ao das mulheres ($n=511$ para Itália; $n=676$ para Portugal) para esses dois indicadores de actividade física.

4.2.2.2. Idade

Para efeitos de análise estatística, as idades foram agrupadas em sete intervalos. Como se pode ver na tabela seguinte, o intervalo modal foi, para todos os países, o que contém idades entre 25 e 34 anos.

Gráfico 2. Distribuição das amostras (Bélgica, Itália e Portugal) por categorias etárias (%)





A idade média também difere significativamente entre os países envolvidos no estudo. A tabela seguinte indica os subgrupos de médias homogêneas. Em cada grupo não se encontram diferenças significativas ($p = 0,001$).

Tabela 4. Média de idades por país

		Idade (M)
Subgrupo I	Itália (n=1092)	35,79
Subgrupo II	Portugal (n=1393)	39,69
	Bélgica (n=1795)	40,49

Varição do DEDM com a idade

Como pode ser visto nas tabelas seguintes, ao agregar os dados provenientes de todos os países, a análise de variância evidencia diferenças significativas entre os níveis etários

considerados, relativamente ao nível de *DEDM* obtido através das escalas do questionário de Baecke (*p-values* a variar entre 0,001 e 0,006).

Tabela 5. Comparação de DEDMs por grupos etários

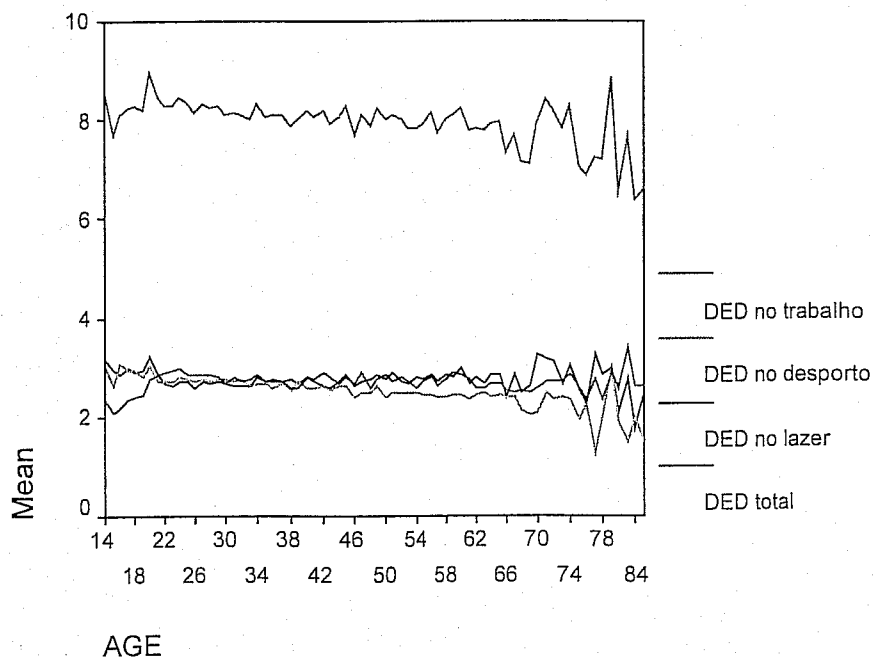
<i>DEDM em actividades profissionais</i>		
Subgrupo I	Menos de 18 anos (n=77)	2,22
Subgrupo II	Mais de 64 anos (n=168)	2,64
	Dos 35 aos 44 (n=773)	2,73
	Dos 55 aos 64 (n=424)	2,74
	Dos 45 aos 54 (n=582)	2,82
Subgrupo III	Dos 25 aos 34 (n=1486)	2,84
	Dos 18 aos 24 anos (n=528)	2,92
<i>DEDM em actividades desportivas</i>		
Subgrupo I	Mais de 64 anos (n=168)	2,20
Subgrupo II	Dos 55 aos 64 (n=424)	2,42
	Dos 45 aos 54 (n=582)	2,49
Subgrupo III	Dos 35 aos 44 (n=773)	2,61
Subgrupo IV	Dos 25 aos 34 (n=1486)	2,72
	Dos 18 aos 24 (n=528)	2,73
Subgrupo V	Menos de 18 anos (n=77)	2,90
<i>DEDM em actividades de lazer</i>		
Subgrupo I	Dos 25 aos 34 anos (n=1486)	2,70
	Dos 18 aos 24 (n=528)	2,73
	Dos 35 aos 44 (n=773)	2,73
	Dos 45 aos 54 (n=582)	2,73
	Mais de 64 anos (n=168)	2,74
	Dos 55 aos 64 (n=424)	2,80
Subgrupo II	Menos de 18 anos (n=77)	3,03
<i>Pontuação total de Baecke (M)</i>		
Subgrupo I	Mais de 64 anos (n=168)	7,64
	Dos 55 aos 64 (n=424)	7,94
Subgrupo II	Dos 45 aos 54 (n=582)	8,01
	Dos 35 aos 44 (n=773)	8,10
	Menos de 18 anos (n=77)	8,24
	Dos 25 aos 34 (n=1486)	8,25
Subgrupo III	Dos 18 aos 24 anos (n=528)	8,35

Foi também encontrada correlação negativa significativa entre a idade e o *DEDM* em

actividade de trabalho ($r=-0,077$; $p<0,001$), entre a idade e o DEDM em actividades desportivas ($r=-0,30$; $p<0,001$) e entre a idade e o DEDM total ($r=-0,174$; $p<0,001$). O gráfico seguinte ilustra essa variação.

4.2.2.3.

Varição do DEDM com a idade



Estado Civil

A tabela seguinte mostra a distribuição da amostra, por país, relativamente ao estado civil dos respondentes. Como se pode ver, a maior parte dos inquiridos são casados ou vivem em união de facto.

Tabela 6. Estado civil dos respondentes, por país

	%	Bélgica (n=1797)	Itália (n=1098)	Portugal (n=1394)	Amostra total (n=4289)
Casado/a ou em união de facto	73,23	65,32	62,90	64,64	
Solteiro/a	15,91	22,61	25,02	24,46	
Divorciado/a ou separado/a de facto	3,82	7,89	8,13	6,00	
Viúvo/a	7,14	4,14	4,01	4,85	

Foram encontradas diferenças significativas entre o estado civil dos inquiridos e o *DEDM* em todas as escalas do questionário de Baecke ($p < 0,001$ para todas as ANOVAs).

Tabela 7. Comparação do DEDM por estado civil dos inquiridos

DEDM em actividades profissionais		
Subgrupo I	Solteiro/a (n=959)	2,63
Subgrupo II	divorciado/a ou separado/a de facto (n=230)	2,73
	casado/a ou em união de facto (n=2660)	2,82
	viúvo/a (n=188)	2,83
DEDM em actividades desportivas		
Subgrupo I	viúvo/a (n=188)	2,43
	divorciado/a ou separado/a de facto (n=230)	2,47
Subgrupo II	casado/a ou em união de facto (n=2660)	2,61
Subgrupo III	solteiro/a (n=959)	2,77
DEDM em actividades de lazer		
Subgrupo I	viúvo/a (n=188)	2,66
	casado/a ou em união de facto (n=2660)	2,71
Subgrupo II	solteiro/a (n=959)	2,79
	divorciado/a ou separado/a de facto (n=230)	2,80
Índice total de Baecke (M)		
Subgrupo I	viúvo/a (n=188)	7,96
	divorciado/a ou separado/a de facto (n=230)	8,00
	casado/a ou em união de facto (n=2660)	8,15
Subgrupo II	solteiro/a (n=959)	8,18

4.2.2.4. *Habilitações académicas*

A tabela seguinte indica a distribuição das amostras de cada país pelos diferentes níveis de habilitação académica. Como se pode ver, esta variável ilustra bem um dos limites típicos da metodologia de recolha de dados utilizada no presente estudo (questionários auto-preenchidos por *mail-type*): uma sobre representação das categorias sócio-culturais mais elevadas (geralmente associadas às categorias sócio-económicas mais favorecidas).

Tabela 8. Nível de habilitações académicas dos respondentes

		%
Bélgica (n=1797)	Até <i>secondaire inférieur</i>	21,00
	<i>Secondaire supérieur</i>	37,23
	<i>Supérieur non-universitaire/ universitaire</i>	41,81
Itália (n=1098)	Até <i>licenza elementare inferiore</i>	26,04
	<i>Licenza di scuola media superiore</i>	48,32
	<i>Laurea</i>	25,71
Portugal (n=1394)	Até 9º ano completo	54,73
	Até 12º ano completo	35,34
	Bacharelato/licenciatura	10,02

4.2.2.5. Local de residência: urbano ou rural?

A tabela seguinte mostra a distribuição dos respondentes por tipo de área onde residem, para cada um dos países envolvidos no estudo.

Tabela 9. Tipo de área de residência

%	Bélgica (n=1797)	Itália (n=1098)	Portugal (n=1394)	Amostra total (n=4289)
urbana	60,23	76,33	87,08	74,55
rural	39,82	23,74	11,62	25,06

Quer para a Bélgica quer para Portugal, foram encontradas diferenças significativas entre os tipos de área de residência, relativamente ao índice de trabalho do Baecke. Assim, nestes dois países, os respondentes que vivem em áreas rurais reportaram um *DEDM* significativamente mais elevado nas actividades de trabalho (Bélgica: urbano, $M = 2,83$; rural, $2,94$; $t = 3,30$; Portugal: urbano, $M = 2,73$; rural, $2,82$; $t = -3,61$), que os residentes em áreas urbanas. Estas diferenças não foram encontradas para Itália.

A tabela seguinte indica a distribuição da amostra, por país, relativamente às áreas geográficas onde vivem os respondentes.

Tabela 10. Distribuição geográfica dos inquiridos

	%	
	Brussel	7,70
	Vlaams-Brabant	8,73
	Antwerpen	17,32
	Limburg	6,84
	West-Vlaeeren	12,61
Bélgica (n=1797)	Oost-Vlaeeren	15,73
	Waals-Brabant	3,42
	Liège	9,50
	Namur	4,56
	Hainaut	11,34
	Luxembourg	2,39

	%	
Itália (n=1098)	Val d'Aosta	1,03
	Piemonte	8,12
	Liguria	4,34
	Lombardia	21,57
	Trentino Alto Adige	2,04
	Veneto	7,92
	Friuli Venezia Giulia	3,54
	Emilia Romagna	8,33
	Toscana	8,33
	Marche	3,32
	Umbria	1,50
	Lazio	5,13
	Abruzzo	2,12
	Puglia	5,81
	Basilicata	1,20
	Campania	5,81
Molise	0,42	
Calabria	1,97	
Sardegna	2,52	
Sicili	5,54	
Portugal (n=1394)	Lisboa e Vale do Tejo	44,91
	Região Centro	17,13
	Região Norte	25,45
	Alentejo	1,72
	Algarve	7,02
	Madeira	1,92
Açores	1,89	

4.3. Variáveis relacionadas com a saúde (auto-descrita) dos respondentes

Neste capítulo estão resumidos os dados obtidos para algumas variáveis que foram incluídas no estudo para efeitos de controlo aquando do estudo da relação entre níveis de actividade física e qualidade de vida relacionada com a saúde.

4.3.1. Hábitos tabágicos

A tabela seguinte indica a incidência de hábitos tabágicos das amostras de cada país. Como pode ser visto, para todos os países, mais de 20% dos respondentes são fumadores (excluindo deste conceito as primeiras duas categorias).

Tabela 11. Hábitos tabágicos, por país

% (Dados ponderados)	Bélgica (n=1797)	Itália (n=1098)	Portugal (n=1394)	Amostra total (n=4289)
não fumador	59,52	59,61	57,20	58,67
menos que um cigarro por dia	19,21	21,61	21,22	18,13
1 a 10 cigarros por dia	8,63	7,64	9,23	10,32
mais que 10 cigarros por dia	12,72	9,78	12,45	13,03

Não foram encontradas diferenças significativas entre estes grupos definidos por hábitos tabágicos, relativamente a qualquer das dimensões do *Nottingham Health Profile*.

4.3.2. Índice de Massa Corporal

Como já dito anteriormente, a relação entre o peso e a altura é um indicador importante para a manutenção/promoção de saúde e, muitas vezes, para a tomada de decisão clínica no que se refere à prescrição de aumento de actividade física (sempre devidamente

acompanhada por um regime de dieta equilibrado). A obesidade pode ser a causa (ou o efeito) de problemas de saúde como sejam várias desordens endocrinológicas ou metabólicas.

Assim, ao estudar a QdVRS e, em especial, a QdVRS associada à prática de exercício físico, é importante verificar se existe um efeito do índice de massa corporal, quer por razões físicas (indicador de eventual problema de saúde) quer por razões psicológicas (nomeadamente, questões ligadas à auto-estima), na QdVRS.

A tabela seguinte indica a incidência dos respondentes para cada uma das seguintes categorias de massa corporal (massa corporal = peso/altura²; Stein, 1994):

- ☞ Peso inferior ao normal:]..., 20[
- ☞ Peso normal: [20, 24.9[
- ☞ Excesso de peso: [25, 29.9[
- ☞ Obesidade moderada: [30, 39.9[
- ☞ Obesidade severa: [40,...[

Tabela 12. Prevalência dos diferentes níveis de índice de massa corporal, por país

	Bélgica (n=1797)	Itália (n=1098)	Portugal (n=1394)	Amostra total (n=4289)
Peso inferior ao normal	12,74	17,84	12,67	14,32
Peso normal	51,04	55,74	51,71	53,33
Excesso de peso	27,74	22,12	29,16	26,07
Obesidade moderada	8,44	4,28	6,43	6,27
Obesidade severa	0,04	0,02	0,03	0,03

Foram encontradas diferenças significativas entre as diferentes categorias de massa corporal no que se refere a todas as escalas de actividade física habitual de Baecke. Como se pode ver pela tabela seguinte, os níveis mais baixos de DEDs encontram-se associados à categoria de obesidade moderada (a categoria de obesidade severa tinha um *n* demasiado

reduzido para ser incluída nesta análise pelo que foi retirada da mesma). A única exceção, difícil de interpretar, é a do DED em actividades profissionais, onde os indivíduos com obesidade moderada apresentam um DEDM mais elevado que os indivíduos pertencentes às restantes categorias de massa corporal.

Tabela 13. DEDM por categoria de massa corporal ($p < 0,001$ para todas as ANOVAs)

(Dados ponderados)	DEDM em actividades profissionais	
Subgrupo I	Peso inferior ao normal (n=843)	2,72
	Peso normal (n=3424)	2,78
	Excesso de peso (n=1627)	2,79
Subgrupo II	Obesidade moderada (n=363)	2,88
DEDM em actividades desportivas		
Subgrupo I	Obesidade moderada (n=395)	2,57
Subgrupo III	Peso inferior ao normal (n=932)	2,62
	Excesso de peso (n=1779)	2,62
	Peso normal (n=3771)	2,66
DEDM em actividades de lazer		
Subgrupo I	Obesidade moderada (n=411)	2,56
Subgrupo III	Excesso de peso (n=1844)	2,69
	Peso normal (n=3844)	2,75
	Peso inferior ao normal (n=939)	2,75
Índice total de Baecke (M)		
Subgrupo I	Obesidade moderada (n=339)	8,01
Subgrupo III	Peso inferior ao normal (n=802)	8,08
	Excesso de peso (n=1534)	8,12
	Peso normal (n=3233)	8,18

Foram também encontradas diferenças estatísticas entre os níveis de massa corporal, relativamente à escala de *Mobilidade* do NHP ($F = 6,04$) - as categorias “magro” ($M = 16,41$) e “peso normal” ($M = 19,43$) constituem um subgrupo que tem valores significativamente mais baixos - ou seja, melhor QdVRS -, que as categorias “obesidade ligeira” ($M = 24,63$) e “obesidade moderada” ($M = 29,51$).

4.3.3. Condições clínicas que podem limitar a prática de exercício físico

Foi utilizado um inventário, em formato de check list, de sintomas e sinais clínicos que podem traduzir alguma reserva à recomendação de iniciar ou aumentar a prática de exercício físico. O *Physical Activity Readiness Questionnaire - PAR-Q*.

A tabela seguinte indica a percentagem de respondentes que tiveram pelo menos um dos sintomas mencionados anteriormente (que, recorde-se, constituem contra-indicação para a prática de desporto) e que, apesar de tal, indicaram ter iniciado recentemente a prática de um desporto sem qualquer consulta médica.

Tabela 14. Prevalência de respondentes que têm pelo menos um sintoma/sinal que pode significar contra-indicação para a prática de desporto e que, todavia, iniciaram a mesma sem consulta médica

% (Dados ponderados)	Bélgica (n=1797)	Itália (n=1098)	Portugal (n=1394)	Amostra total (n=4289)
Sem sintomas que possam implicar limitações à prática de exercício físico	65,05	80,18	83,04	72,33
Pelo menos um sintoma	34,95	19,82	16,96	27,67

De forma a evitar efeitos de confundimento aquando da avaliação de QdVRS associada à prática de exercício físico, os respondentes que afirmaram ter qualquer destes sintomas, foram excluídos dessa análise.

4.3.4. Acontecimentos de vida relevantes

Acontecimentos de vida, tais como o casamento, mudanças no trabalho, mudanças ao

nível das relações pessoais, ou de local de residência, ou ainda a perda de um familiar, influenciam as interpretações clínicas dos dados e podem confundir os resultados, particularmente no que se refere a avaliações na área da QdVRS. Apesar disto, é de referir que os ensaios clínicos assumem, na sua maior parte, que o processo de “randomização do doente resulta numa distribuição equitativa de acontecimentos de vida em cada grupo de tratamento” (Spilker, 1996).

Foi verificado se os dados recolhidos neste estudo seguiam ou não este “optimismo” metodológico.

Para o efeito, procedeu-se à comparação de médias entre as pessoas que afirmaram ter-lhes ocorrido um acontecimento de vida relevante (nos últimos três meses) – independentemente do impacto, negativo ou positivo, do acontecimento - e as que afirmaram não ter acontecido tal. O teste utilizado foi o *t*-student.

Foram encontradas diferenças significativas relativamente a todas as escalas de QdVRS ($p < 0,05$), ao comparar entre o grupo de respondentes que tiveram um evento de vida relevante (n entre 520 e 538) e o grupo dos que afirmaram não lhes ter acontecido nada de relevante (n entre 1824 e 1879). O grupo de inquiridos que indicou ter passado por um acontecimento de vida relevante nos últimos três meses obteve pontuações significativamente (do ponto de vista estatístico) mais baixas, relativamente a todas os índices do *NHP*, que o grupo de inquiridos que afirmou não ter passado por qualquer acontecimento de vida relevante.

Tendo em conta estas diferenças, os respondentes que afirmaram ter –lhes acontecido

algo de relevante nos últimos três meses antes de preencher o questionário, foram excluídos da análise da QdVRS associada à prática de exercício físico.

4.4. *Comportamentos relacionados com a actividade física*

Este capítulo reúne os dados relativos à caracterização da prática de exercício físico em cada um dos países em estudo.

4.4.1. *Ocupação de tempo livre*

A tabela seguinte indica as percentagens de respostas para cada actividade de lazer que as pessoas indicaram como forma de ocupar os seus tempos livres. Para o cálculo destas percentagens, incluíram-se os respondentes que afirmaram realizar cada uma destas actividades pelo menos “algumas vezes” (pergunta 1 do questionário em anexo).

Tabela 15. Actividades praticadas nos tempos livres

<i>% (Dados ponderados)</i>	Bélgica (n=1797)	Itália (n=1098)	Portugal (n=1394)	Amostra total (n=4289)
Ler/escrever	76,69	83,54	87,27	81,05
Estar com a família (em convívio)	83,60	85,04	94,46	86,68
Assistir a acontecimentos culturais (ir ao cinema, ...)	53,67	61,12	64,40	58,21
Ir ao café	53,91	51,85	62,87	55,64
Visitar/receber amigos ou familiares	86,37	84,53	90,90	87,04
Fazer compras	78,11	66,42	87,11	77,44
Passear	67,18	81,50	87,77	75,91
Fazer exercício físico (caminhar, correr, fazer desporto, ...)	53,08	55,53	68,71	57,60

4.4.2. Tempo médio que as pessoas dedicam ao trabalho, ao tempo livre e à prática de exercício físico

Foi colocada a questão (pergunta 7 do questionário em anexo) sobre quantas horas e minutos cada sujeito da amostra dedica por dia, a trabalhar, em actividades de lazer que impliquem fazer exercício físico (caminhar, correr, fazer desporto, etc.), e noutros tipos de actividades de lazer que não impliquem fazer exercício físico (jogos de mesa, ler/escrever, etc.).

Tabela 16. Tempo médio (horas e minutos) por dia, "gastos" em trabalho, na prática de exercício físico e em actividades de lazer (sem exercício físico)

	% (Dados ponderados)	Média (<u>excluindo</u> fins-de-semana)	Média (<u>incluindo</u> fins-de-semana)
Bélgica (n=1797)	Em trabalho	6:09 h	7:17 h
	Em actividades de lazer	1:56 h	3:14 h
	A fazer exercício físico	0:38 h	0:56 h
Itália (n=1098)	Em trabalho	6:03 h	7:16 h
	Em actividades de lazer	1:45 h	2:57 h
	A fazer exercício físico	0:49 h	1:10 h
Portugal (n=1394)	Em trabalho	6:19 h	7:22 h
	Em actividades de lazer	1:40 h	2:52 h
	A fazer exercício físico	0:47 h	1:01 h
Portugal (n=4289)	Em trabalho	6:10 h	7:18 h
	Em actividades de lazer	1:47 h	3:01 h
	A fazer exercício físico	0:47 h	1:02 h

4.4.3. *Motivações para a prática de exercício físico*

A tabela seguinte resume as percentagens de respondentes que indicaram (em pergunta de escolha múltipla - pergunta 4 do questionário em anexo) as principais razões (entenda-se, factores motivacionais) que os levam a fazer exercício físico.

Tabela 17. Factores motivacionais para a prática de exercício físico (% de respondentes - dados ponderados)

“Faço exercício físico...”	Bélgica (n=1797)	Itália (n=1098)	Portugal (n=1394)	Amostra total (n=4289)
... para manter a forma física	25,10	27,23	23,08	25,13
... pelo prazer que me dá	21,35	17,28	20,38	20,09
... para relaxar/aliviar do <i>stress</i>	18,97	15,47	15,99	17,35
... para melhorar a minha condição física	9,98	15,31	12,93	12,05
... para controlar o meu peso	7,46	6,70	6,75	7,09
... pelo convívio com outras pessoas	5,37	5,39	5,71	5,46
... para melhorar a minha saúde mental	3,13	4,78	5,10	4,03
... pelo gosto em competir	2,55	2,30	4,51	2,98
... por indicação/conselho médico	1,81	2,09	1,93	1,91
... por nenhuma razão em especial	1,37	1,43	1,38	1,39
... por outras razões	1,12	0,96	1,33	1,13
... por fazer parte do meu trabalho	0,98	0,91	0,57	0,86
... para aumentar a minha auto-confiança	0,83	0,16	0,35	0,54

4.4.4. *Exercício físico: importante para quê?*

A percepção da importância em fazer exercício físico é determinante para a sua prática. A tabela seguinte indica a importância que os respondentes atribuíram à prática de exercício físico, relativamente ao bem estar físico, psicológico e social – resposta em formato

fechado, através de escala ordinal de 10 pontos – de 1 “*nada importante*” a 10 “*extremamente importante*” (pergunta 6 do questionário em anexo).

Tabela 18. Importância atribuída à prática de exercício físico: importância (média) avaliada por escala de 10 pontos (dados ponderados)

“Até que ponto é importante o exercício físico para ...”	Média para Bélgica (n=1797)	Média para Itália (n=1098)	Média para Portugal (n=1394)	Média para Amostra total (n=4289)
... a sua saúde?	8.35	8,21	8,66	8,91
... o seu bem-estar?	8.01	7,60	8,56	8,87
... o seu aspecto físico?	6.05	5,55	7,18	7,40
... a sua vida social	5.29	5,28	5,47	5,34
... a sua vida familiar?	4.96	4,94	4,75	5,24
... a sua vida profissional?	4.16	3,79	4,32	5,14

Como se pode verificar, a saúde e o bem-estar são as áreas para as quais, segundo os inquiridos, é mais importante fazer exercício físico. Pode-se daqui inferir que a amostra está suficientemente bem informada (em todos os países envolvidos) quanto à relação benéfica existente entre estas variáveis.

4.4.5. Com quem é que faz exercício físico?

A pergunta 3 do questionário (em anexo) referia-se ao envolvimento social da prática do exercício físico. A tabela seguinte resume as percentagens de respostas a esta pergunta, de escolha múltipla.

Tabela 19. Percentagens de respostas relativamente ao envolvimento social da prática de exercício físico

<i>% (Dados ponderados)</i>	Bélgica (n=1797)	Itália (n=1098)	Portugal (n=1394)	Amostra total (n=4289)
Sozinho	27,74	29,64	25,21	27,58
Com colegas de trabalho	3,93	4,32	7,04	4,81
Com amigos (não contando com colegas de trabalho)	22,06	23,43	16,89	21,11
Com a “minha equipa”	12,41	6,64	7,23	9,67
Com o meu/minha marido/mulher/companheiro/a*	24,20	11,96	7,78	17,04
Com o/s meu/s filho/s*	14,77	4,49	8,76	10,70
Como outros familiares	6,46	2,07	2,03	4,25
Com outras pessoas	2,90	3,86	2,62	3,07

* Foram calculadas as percentagens apenas relativamente às pessoas que afirmaram estar casado/em união de facto (pergunta 58 do questionário em anexo)

** Foram calculadas as percentagens apenas relativamente às pessoas que afirmaram ter filhos (pergunta 59 do questionário em anexo)

A percentagem de pessoas que afirma praticar exercício físico sem a companhia de outras pessoas varia entre 25% e 30% em função do país, sendo a Itália o país onde maior número de pessoas opta por esta forma de realizar exercício físico.

4.4.6. “Até que ponto gostaria de fazer mais exercício físico do que o que está a fazer?”

De uma forma geral, e para todos os países envolvidos no estudo, a maioria os respondentes - aproximadamente 80% dos inquiridos em cada país - afirmou (através da pergunta 8 do questionário em anexo) que gostaria de fazer mais exercício físico que o que faz actualmente.

Tabela 20. Gostaria de aumentar a frequência da prática de exercício físico?

<i>(Dados ponderados)</i>	<i>%</i>
Bélgica (n=1797)	76,44
Itália (n=1098)	82,38
Portugal (n=1394)	84,36
Amostra total (n=4289)	79,33

4.4.6.1. Razões para não se fazer mais exercício físico

Uma vez que a atitude perante a prática de exercício físico parece ser no sentido do seu aumento, procurou-se perceber que barreiras são percebidas pela amostra como limitantes desse mesmo aumento de prática (pergunta 8.1 - de resposta múltipla - do questionário em anexo).

A falta de tempo é o obstáculo mais vezes referido para a prática de exercício físico. mais e a falta de motivação. Os custos económicos da prática e restrições familiares (que pode ser um obstáculo associado à falta de tempo e de dinheiro) são também factores que se revela como muito importante no dificultar da prática de exercício físico. Em quarto e quinto lugar (considerando o total da amostra) surgem barreiras mais *internas*: “falta de motivação” e “falta de energia”, respectivamente.

Tabela 21. Principais razões indicadas para não aumentar a prática de exercício físico: percentagem de respondentes (dados ponderados)

“Não faço mais exercício físico...”	Bélgica (n=1797)	Itália (n=1098)	Portugal (n=1394)	Amostra total (n=4289)
... por falta de tempo	34,23	36,32	33,56	34,70
... por falta de motivação	10,32	5,26	10,54	8,71
... por restrições familiares	9,91	12,03	5,25	9,06
... por razões económicas	8,51	12,33	11,27	10,70
... por não sentir energias para fazer mais do que já faço	8,44	7,26	7,35	7,68
... por problemas de saúde	5,83	1,76	4,12	3,90
... por não ser uma prioridade para mim	5,57	4,05	4,41	4,68
... por dificuldades de acesso (transportes, horários, ...)	4,15	8,02	5,86	6,01
... por falta de informação sobre locais onde possa praticar	1,59	1,81	1,76	1,72
... por falta de locais/infraestruturas apropriadas	3,45	5,79	9,96	6,40
... por não ter (boas) condições/apoios no trabalho (nesse sentido)	2,63	3,08	2,14	2,62
... por ter receio de lesões	1,85	0,83	1,58	1,42
... por outras razões	3,51	1,47	2,19	2,39

4.4.7. A prática de desporto

A tabela seguinte resume a distribuição amostral, por país, relativamente à variável nominal dicotómica recolhida através da pergunta 17 do questionário em anexo, “pratica desporto?”. Cerca de metade dos inquiridos responderam afirmativamente a esta pergunta. Contudo, este valor é claramente uma sobre-estimação do que será o real em cada um dos países envolvidos. Este facto explicar-se-á com a interpretação demasiado lata que os inquiridos poderão ter atribuído ao conceito de prática de desporto.

Tabela 22. Percentagem de respondentes que afirmaram praticar uma (ou mais) modalidades desportiva(s) – independentemente da frequência e intensidade com que o fazem

<i>(Dados ponderados)</i>	<i>%</i>
Bélgica (n=1797)	52,24
Itália (n=1098)	45,96
Portugal (n=1394)	47,22
Amostra total (n=4289)	49,03

4.4.7.1. *Quais os desportos mais praticados?*

Segue-se uma tabela que reúne as 20 modalidades desportivas mais praticadas em cada um dos países que participaram neste estudo. As respostas foram obtidas a partir das perguntas 18 e 25 do questionário em anexo. A *negrito* estão as prevalências das cinco modalidades mais referidas, em cada país.

São também indicadas as percentagens de respondentes que indicaram ter interesse em iniciar ou aumentar a prática de cada uma dessas modalidades.

Tabela 23. As vinte modalidades desportivas mais praticadas

% (Dados ponderados)	Mulheres	Homens	Total	Gostaria de praticar mais frequentemente a modalidade (ou de iniciar a prática)?
<i>Bélgica</i> (n=1797)				
Caminhadas	8,11	5,82	7,12	7,02
Natação	7,93	4,64	6,51	11,21
<i>Fitness</i> (cardiofitness, musculação, ...)	7,42	4,42	6,02	8,42
Futebol	1,11	8,11	4,22	1,43
Cicloturismo	0,24	7,81	3,56	3,72
<i>Jogging</i>	2,00	5,22	3,42	2,52
Ginástica aeróbica	4,92	0,04	2,81	8,21
Atletismo (corrida, salto em altura, ...)	1,10	3,78	2,32	2,80
Ténis	1,12	3,56	2,22	2,80
Dança	3,33	0,45	2,10	6,22
<i>Squash</i>	1,91	2,12	2,02	2,43
Voleibol	1,33	2,12	1,63	2,00
Ginástica	2,45	0,53	1,63	1,22
Ciclismo	1,67	1,51	1,61	3,53
Equitação	2,23	0,20	1,32	0,04
Artes marciais (judo, karaté, ...)	0,22	2,11	1,04	2,37
Basquetebol	0,22	1,92	0,89	1,32
Badminton	0,71	1,11	0,89	2,71
Ping-Pong (ténis de mesa)	0,64	0,51	0,63	0,64
Ioga	0,78	0,20	0,45	2,12
<i>Itália</i> (n=1098)				
<i>Fitness</i> (cardiofitness, musculação, ...)	10,93	7,64	9,32	8,32
Ginástica	6,52	1,63	4,11	5,11
Futebol	0,21	7,83	3,92	3,73
Ginástica aeróbica	5,92	0,51	3,32	8,12
Caminhadas	3,62	2,72	3,11	4,32
Ciclismo	1,01	4,71	2,82	4,11
Ténis	0,91	4,23	2,62	4,93
<i>Jogging</i>	1,30	3,35	2,33	1,64
Futebol 5	0,01	4,42	2,11	3,72
Esqui	2,22	1,51	1,90	6,63
Dança	2,21	0,61	1,43	7,78
Desportos sub-aquáticos	0,82	1,40	1,12	2,31
Artes marciais (judo, karaté, ...)	0,61	1,50	1,01	5,02
Atletismo (corrida, salto em altura, ...)	0,61	1,42	1,01	2,11
Voleibol	0,18	1,51	0,80	1,73
Basquetebol	0,62	1,03	0,80	2,02
Cicloturismo	0,33	1,12	0,73	2,01
Pesca	0,01	1,31	0,62	3,23
Ioga	0,92	0,22	0,61	3,04
<i>Squash</i>	0,01	0,80	0,42	0,33

% (Dados ponderados)	Mulheres	Homens	Total	Gostaria de praticar mais
				frequentemente a modalidade (ou de iniciar a prática)?
Portugal (n=1394)				
Natação	9,23	5,83	7,42	23,32
Fitness (cardiofitness, musculação, ...)	8,12	4,22	6,13	4,73
Futebol	0,64	10,61	5,72	5,32
Ginástica	8,21	2,41	5,31	4,84
Caminhadas	4,41	3,62	4,03	9,89
Ginástica aeróbica	6,30	0,23	3,21	3,89
Jogging	0,70	4,21	2,52	1,93
Ciclismo	1,03	2,22	1,63	3,33
Atletismo	0,62	2,23	1,42	1,67
Ténis	0,20	2,52	1,31	2,03
Pesca	0,52	2,01	1,22	1,63
Artes marciais (judo, karaté, ...)	0,63	1,23	0,91	3,63
Cicloturismo	0,01	1,32	0,72	2,01
Caça	0,01	1,22	0,63	1,56
Andebol	0,52	0,81	0,63	0,89
Basquetebol	0,32	1,01	0,62	1,23
Desportos radicais (asa delta, BTT, rappel, ...)	0,01	1,11	0,60	1,45
Ioga	1,04	0,11	0,53	3,12
Dança	0,83	0,32	0,51	8,41
Voleibol	0,56	0,41	0,50	1,23

4.4.8. Dispêndio energético diário

Como pode ser visto nas tabelas seguintes⁴, foram encontradas diferenças significativas entre as amostras provenientes dos diferentes países, relativamente ao dispêndio energético diário médio (*DEDM*) total bem como para todas as escalas do Baecke - em actividades profissionais, em actividades desportivas, e em actividades de lazer não relacionadas com desporto (*p*-value a variar entre 0,001 e 0,009). Portugal surge em todas

⁴ Nestas tabelas apresentam-se os subgrupos homogéneos, resultantes das comparações múltiplas *post-hoc* efectuadas. Dentro de cada subgrupo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias apresentadas.

estas comparações como o país onde se gasta menos energia através de exercício físico. Apesar de, como atrás referido, este questionário não permitir uma categorização dos indivíduos em estudo (do tipo “sedentário” ou “activo”), é de realçar que os valores médios se encontram, em todos os países, próximos do ponto médio do intervalo de valores possíveis de encontrar pela aplicação deste questionário.

Tabela 24. DEDM, por país

		Em actividades profissionais	Em actividades desportivas	Em actividades de lazer	Total
Subgrupo I	Portugal	2,69	2,59	2,70	8,01
Subgrupo II	Itália	2,81	2,61	2,72	8,18
	Bélgica	2,85	2,65	2,77	8,22

4.5. *Crenças relativas ao(s) efeito(s) do exercício físico na saúde*

As crenças sobre saúde e os seus determinantes, atitudes promotoras da actividade física, assim crenças quanto ao valor instrumental do exercício físico são factores que influenciam a intenção para se ser fisicamente activo. Contudo, é importante salientar há uma clara diferença entre a intenção para a acção e a própria acção, havendo até evidência no sentido que das intenções não serem boas predictoras da mudança comportamental ou adesão a essa mudança, no que se refere a comportamentos e estilos de vida mais saudáveis – Ribeiro, 1998).

De qualquer forma, é importante avaliar o tipo de crenças e representações cognitivas associadas ao exercício físico pois não sendo condição suficiente, é com certeza condição necessária ou facilitante para a promoção de estilos de vida mais activos. A tabela seguinte resume as percentagens de inquiridores que afirmaram concordar com cada uma de 15 afirmações relativamente aos efeitos (benéficos e prejudiciais) da prática de exercício físico. Permite também verificar as percentagens entre as subamostras dos inquiridores que (a) afirmaram praticar pelo menos uma modalidade desportiva (pergunta 17 do questionário - em anexo) e (b) não praticam qualquer modalidade desportiva.

Como se pode observar desta tabela, os itens onde surge mais desinformação (ou aos quais estão associados mais crenças erróneas) são:

- ☞ O exercício físico é benéfico (em termos gerais) para pessoas idosas (acima dos 65 anos de idade): 33,74% dos inquiridos não sabe ou discorda relativamente a

Tabela 25. Crenças sobre os efeitos do exercício físico na saúde: percentagem de respondentes que indicaram concordar com cada uma das crenças listadas no questionário (dados ponderados) – amostra completa, amostra de inquiridores que praticam desporto, e amostra de inquiridores que não praticam desporto

% (Dados ponderados)	Amostra completa (n=4289)		Inquiridores que não praticam desporto (n=2186)		Inquiridores que praticam desporto (n=2103)							
	Bélgica (n=1797)	Itália (n=1098)	Portugal (n=1394)	Amostra total (n=4289)	Bélgica (n=859)	Itália (n=594)	Portugal (n=756)	Amostra total (n=2186)	Bélgica (n=938)	Itália (n=504)	Portugal (n=658)	Amostra total (n=2103)
... é benéfico (em termos gerais) para os jovens	91,44	95,12	99,34	95,30	90,60	94,43	99,17	95,21	92,02	96,85	99,78	96,31
... é benéfico (em termos gerais) para adultos (dos 20 aos 65 anos de idade)	87,78	90,64	96,22	91,55	85,11	88,50	96,57	90,92	89,12	92,67	96,10	92,78
... é benéfico (em termos gerais) para pessoas idosas (acima dos 65 anos de idade)	57,50	70,76	70,52	66,26	50,52	67,41	69,35	62,45	61,71	73,45	73,02	68,20
... aumenta/melhora a auto-estima/auto-confiança	66,04	80,08	89,41	78,51	54,34	75,32	87,12	73,45	73,74	84,67	91,56	83,62
... contribui para melhorar os resultados escolares	47,27	42,52	68,43	52,74	42,61	40,27	65,32	52,13	50,78	45,10	70,89	56,94
... ajuda a desenvolver a capacidade de trabalhar em equipa	68,53	62,84	76,81	69,39	65,13	57,42	72,03	66,44	70,32	66,46	80,42	73,89
... previne doenças cardiovasculares	71,14	77,71	87,02	78,62	64,02	73,03	87,08	76,12	75,45	82,56	86,56	81,44
... previne a osteoporose	36,02	49,83	58,33	48,06	31,00	46,52	57,30	46,28	38,63	52,41	56,27	49,12
... previne alguns tipos de diabetes	14,87	19,02	28,71	20,87	12,19	14,41	26,47	18,89	16,44	21,75	30,75	23,51
... ajuda a manter um peso saudável	85,81	93,36	95,32	91,50	84,92	92,94	96,75	91,92	86,42	94,10	94,78	91,71
... alivia o stress	86,42	92,85	98,04	92,44	79,02	88,71	97,40	89,21	91,31	96,19	99,03	95,50
... aumenta a aptidão/capacidade física	95,94	93,32	96,91	95,39	93,24	90,23	96,05	94,23	97,84	95,38	98,04	97,53
... provoca, frequentemente, lesões	32,03	24,12	20,32	25,49	35,21	21,52	27,12	24,23	29,52	26,29	23,56	26,60
Os benefícios do exercício físico desaparecem quando se deixa de o fazer	47,37	45,6	49,03	47,33	40,82	43,83	50,51	45,79	51,91	43,37	47,88	48,12
Fazer exercício físico moderado várias vezes por semana equivale a fazer exercício físico intenso poucas vezes por semana (em ganhos de saúde)	26,91	11,82	19,58	19,44	24,4	12,82	18,32	19,15	28,73	10,47	17,86	20,08

esta afirmação (que, como já anteriormente descrito, é apoiada pela literatura científica);

- ☞ O exercício físico contribui para melhorar os resultados escolares: 47,26% dos inquiridos não sabe ou discorda relativamente a esta afirmação (que, segundo alguns estudos parece ser correcta – Sallis, 1992);
- ☞ O exercício físico previne a osteoporose: 51,94% dos inquiridos não sabe ou discorda relativamente a esta afirmação (que, como já anteriormente descrito, é apoiada pela literatura científica);
- ☞ O exercício físico previne alguns tipos de diabetes: 79,13% dos inquiridos não sabe ou discorda relativamente a esta afirmação (que, como já anteriormente descrito, é apoiada pela literatura científica);
- ☞ O exercício físico provoca, frequentemente, lesões: 74,51% dos inquiridos não sabe ou discorda relativamente a esta afirmação (que, como já anteriormente descrito, é apoiada pela literatura científica);
- ☞ Os benefícios do exercício físico desaparecem quando se deixa de o fazer: 52,67% dos inquiridos não sabe ou discorda relativamente a esta afirmação (que, como já anteriormente descrito, é apoiada pela literatura científica);
- ☞ Fazer exercício físico moderado várias vezes por semana é o mesmo que fazer exercício físico intenso poucas vezes por semana (em termos de resultados para a saúde): 19,44% dos inquiridos concorda com esta afirmação (que, como já

anteriormente descrito, não é apoiada pela literatura científica).

Quando se compara as percentagens de concordância com estas 15 afirmações entre os inquiridos que praticam e os que não praticam modalidades desportivas, não se verificam grandes discrepâncias em termos de desinformação. Os itens onde a diferença é mais acentuada (superior a 5%) são:

- ☞ O exercício físico é benéfico (em termos gerais) para pessoas idosas (acima dos 65 anos de idade)
- ☞ O exercício físico aumenta/melhora a auto-estima/auto-confiança
- ☞ O exercício físico ajuda a desenvolver a capacidade de trabalhar em equipa
- ☞ O exercício físico previne doenças cardiovasculares
- ☞ O exercício físico alivia o *stress*

4.6. Qualidade de vida relacionada com a saúde e dispêndio energético diário médio

a) Há alguma associação entre DED e os indicadores de QdVRS?

No sentido de estudar a possibilidade de associação entre a prática regular de exercício físico e a QdVRS (hipótese 1) dividiu-se amostra recolhida em dois grupos, com base no item “fazer exercício físico (por exemplo, caminhar, correr, praticar desporto, etc)” relativo à pergunta 1 do questionários (em anexo): “Com que frequência costuma fazer cada uma das seguintes actividades nos seus tempos livres.

Como anteriormente referido, excluíram-se das análises comparativas entre DEDs e indicadores de QdVRS os respondentes que indicaram ter passado por um acontecimento de vida significativo nos últimos três meses, bem como os que indicaram ter algum problema de saúde que os limite quanto à prática de exercício físico.

Como esperado, foram encontradas diferenças de dispêndio energético total (sendo as diferenças maiores nas escalas que medem o DED em actividades desportivas e em actividades de lazer não relacionadas com desporto).

A tabela seguinte resume os resultados da comparação entre as pessoas que afirmaram fazer regularmente exercício físico e as que indicaram não o fazer, relativamente às médias das pontuações obtidas nas escalas do NHP.

Quanto maior a pontuação obtida em cada escala do NHP, pior é a QdVRS associada a essa dimensão. Assim, os dados apoiam a hipótese de associação entre a prática de exercício físico regular e a QdVRD daí resultante. O grupo de pessoas que afirmaram praticar exercício

físico de forma regular obtiveram, em todas as escalas do NHP melhores resultados (pontuações inferiores) que os que afirmaram não fazer exercício físico de forma regular. Contudo, não foram encontradas diferenças significativas para qualquer dos itens da parte II do NHP entre estes dois grupos de respondentes.

Tabela 26. Comparação de indicadores de QdVRS (através do NHP) entre quem faz exercício físico regularmente e quem não o faz ($p < 0,001$ para todas as comparações apresentadas)

		<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	<i>t</i>
Vitalidade	Os que praticam	1317	85.41	47.78	-11.25
	Os que não praticam	1531	108.55	60.07	
Sensações dolorosas	Os que praticam	1315	37.83	34.60	-6.05
	Os que não praticam	1513	46.42	40.19	
Reacções emocionais	Os que praticam	1304	54.03	47.10	-5.92
	Os que não praticam	1511	65.76	56.52	
Relações sociais	Os que praticam	1319	43.44	47.14	-3.35
	Os que não praticam	1526	49.75	52.48	
Sono	Os que praticam	1319	32.34	40.99	-3.62
	Os que não praticam	1526	38.44	47.89	
mobilidade	Os que praticam	1299	15.62	26.79	-6.48
	Os que não praticam	1497	23.07	33.12	

a) De que forma se relacionam os indicadores de QdVRS e o DED?

Para se estudar a relação entre os indicadores de QdVRS (obtidos através do NHP) e o dispêndio energético diário obtido através do questionário de Baecke, iniciou-se por verificar a correlação entre estes dois tipos de indicadores. Para o efeito, controlaram-se algumas variáveis por se ter verificado que as mesmas têm efeito nos indicadores de QdVRS e, por conseguinte, poderiam constituir variáveis mediadoras ou espúrias quanto ao estudo aqui em causa.

Assim, optou-se pela estudo das correlações parciais entre os vários indicadores de

QdVRS e as diferentes escalas de DED, controlando (ou seja, anulando o efeito) as seguintes variáveis: idade, índice de massa corporal, naturalidade, e sexo. Foram as seguintes as correlações estudadas:

- a) DED em actividades profissionais e cada uma das dimensões do NHP (parte I: vitalidade, sensações dolorosas, reacções emocionais, relações sociais, sono, mobilidade; parte II: impacto no trabalho (emprego), nas tarefas de lida da casa, na vida social, na vida familiar, na vida sexual, nos passatempos/actividades de lazer, e nas férias);
- b) DED em actividades desportivas e cada uma das dimensões do NHP;
- c) DED em actividades de lazer não relacionadas com desporto e cada uma das dimensões do NHP;
- d) DED total e cada uma das dimensões do NHP.

Todas as correlações estudadas para as dimensões da parte I do NHP resultaram em estatisticamente muito significativas ($p < 0,001$). Porém, ao contrário do esperado, as correlações encontradas foram, todas elas, muito fracas (entre $r = -0,11$ e $r = 0,14$). Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre os itens da parte II do NHP e os DEDs.

Estes valores de correlação tão baixos sugerem que a relação entre QdVRS e DED não será linear. Procurou-se compreender como se relacionam estas duas variáveis considerando diferentes patamares (ou níveis) do DED em cada uma dos contextos abordados no questionário de Baecke.

Uma vez que, como já referido, o questionário de Baecke não permite a categorização

dos indivíduos em função das pontuações obtidas (do género “sedentário”, “muito activo”, etc.), optou-se por uma divisão da amostra em quartis em função dos DEDs obtidos (no trabalho, no desporto, no lazer, e na pontuação total). Assim, para a análise comparativa entre níveis de actividade física a respeito dos indicadores de QdVRS, a amostra foi dividida em quatro grupos, (em função dos quartis de dispêndio energia diário):

- ☞ Um grupo de respondentes com *baixo dispêndio de energia* (primeiro quartil)
- ☞ Um grupo de respondentes com *dispêndios moderadamente baixos de energia* (segundo quartil)
- ☞ Um grupo de respondentes com *dispêndios moderadamente altos de energia* (terceiro quartil)
- ☞ O grupo de respondentes com *alto dispêndio de energia* (quarto quartil)

Assim, para efeitos de comparação entre diferentes níveis de dispêndio energético diário relativamente às várias dimensões do NHP, utilizou-se o modelo de análise de covariância, seguido de análises de comparação múltipla de médias (teste de *Bonferroni*, $\alpha = 0,05$).

Variáveis como a idade, a massa corporal (variáveis concomitantes), o género e o país (factores fixos) foram usadas neste modelo de forma a otimizar o modelo comparativo (Zar, 1996).

Mais uma vez, não foram considerados, nesta análise, quaisquer dos respondentes com que relataram ter sofrido um *life-event* recente ou que indicaram sofrer de uma (ou mais) condição clínica ou problema de saúde que condiciona a prática de exercício físico (e que, obviamente, poderia ter um impacto relevante nos indicadores de QdVRS).

As tabelas seguintes indicam os resultados das comparações múltiplas, aquando da

verificação de diferenças significativas entre médias de pontuações de QdVRS. Note-se que dentro de cada subgrupo, nenhuma existem diferenças estatisticamente significativas.

Mais uma vez, é de lembrar que quanto maior o valor médio das dimensões do *NHP*, menor a QdVRS.

4.6.1. Comparações relativas à dimensão "Vitalidade", do *NHP*⁵

A tabela seguinte indica as diferenças, estatisticamente significativas, entre os vários níveis de *DEDM*, por contexto da actividade física implicada, relativamente à dimensão *Vitalidade* do *NHP* ($p = 0,001$).

Tabela 27. Valor médio da escala *Vitalidade* do *NHP*, por nível de *DEDM*

	Nível de <i>DEDM</i> em actividades profissionais	Vitalidade (M)
Subgrupo I	baixo (n=369)	104,44
	moderadamente baixo (n=1802)	119,54
Subgrupo II	moderadamente elevado (n=1379)	132,82
	elevado (n=352)	153,54
	Nível de <i>DEDM</i> em actividades desportivas	Vitalidade (M)
Subgrupo I	elevado (n=352)	98,93
Subgrupo II	moderadamente elevado (n=1379)	118,42
	moderadamente baixo (n=1802)	125,64
	baixo (n=369)	150,48
	Nível de <i>DEDM</i> em actividades de lazer	Vitalidade (M)
Subgrupo I	moderadamente elevado (n=1379)	92,53
	elevado (n=352)	97,39
Subgrupo II	moderadamente baixo (n=1802)	99,43
Subgrupo III	baixo (n=369)	112,61

Não se verificaram diferenças significativas quando se compararam os diferentes níveis de *DEDM* (pontuação global de Baecke) relativamente à dimensão *Vitalidade*.

⁵ A variável idade foi utilizada como variável concomitante; o sexo e a naturalidade entraram também no modelo de covariância, como factores fixos.

4.6.2. Comparações relativas à dimensão "Dor", do NHP⁶

A tabela seguinte indica as diferenças, estatisticamente significativas, entre os vários níveis de *DEDM*, por contexto da actividade física implicada, relativamente à dimensão *Dor* do *NHP* ($p = 0,001$).

Tabela 28. Valor médio da escala *Dor* do *NHP*, por nível de *DEDM*

Nível de <i>DEDM</i> em actividades profissionais		Dor (M)
Subgrupo I	baixo (n=369)	35,20
	moderadamente elevado (n=1379)	43,13
	moderadamente baixo (n=1802)	43,46
Subgrupo II	elevado (n=352)	52,75
Nível de <i>DEDM</i> em actividades desportivas		Dor (M)
Subgrupo I	elevado (n=352)	54,45
	moderadamente elevado (n=1379)	61,42
	moderadamente baixo (n=1802)	61,71
Subgrupo II	moderadamente baixo (n=369)	87,93

Não se verificaram diferenças significativas quando se compararam os diferentes níveis de *DEDM* em actividades de lazer, assim como quando se compararam os diferentes níveis de *DEDM* global, relativamente à dimensão "Dor".

⁶ Para o estudo desta dimensão de QdVRS, tornou-se a utilizar a variável idade como variável concomitante, e o sexo e a naturalidade entraram também no modelo de covariância, como factores fixos.

4.6.3. Comparações relativas à dimensão "Reacções Emocionais", do NHP⁷

A tabela seguinte indica as diferenças, estatisticamente significativas, entre os vários níveis de *DEDM*, por contexto da actividade física implicada, relativamente à dimensão *Reacções Emocionais* do NHP ($p = 0,001$).

Tabela 29. Valor médio da escala *Reacções Emocionais* do NHP, por nível de *DEDM* em actividades profissionais

Nível de <i>DEDM</i> em actividades profissionais		Reacções Emocionais (M)
Subgrupo I	baixo (n=369)	53,51
	moderadamente baixo (n=1802)	59,97
Subgrupo II	moderadamente elevado (n=1379)	61,04
	elevado (n=352)	71,92
Nível de <i>DEDM</i> em actividades desportivas		Reacções Emocionais (M)
Subgrupo I	elevado (n=352)	62,62
	moderadamente elevado (n=1379)	78,61
	moderadamente baixo (n=1802)	81,97
Subgrupo II	baixo (n=369)	104,18
Nível de <i>DEDM</i> em actividades de lazer		Reacções Emocionais (M)
Subgrupo I	elevado (n=352)	71,03
Subgrupo II	moderadamente elevado (n=1379)	76,47
	moderadamente baixo (n=1802)	83,22
	baixo (n=369)	96,39

Não se verificaram diferenças significativas quando se compararam os diferentes níveis de *DEDM* (score global de Baecke) relativamente a esta dimensão (*Reacções Emocionais*) de QdVRS.

⁷ Para o estudo desta dimensão de QdVRS, tornou-se a utilizar a variável idade como variável concomitante, e o sexo e a naturalidade entraram também no modelo de covariância, como factores fixos.

4.6.4. Comparações relativas à dimensão “Relações Sociais”, do NHP⁸

A tabela seguinte indica as diferenças, estatisticamente significativas, entre os vários níveis de *DEDM*, por contexto da actividade física implicada, relativamente à dimensão *Relações Sociais* do NHP ($p = 0,007$).

Tabela 30. Valor médio da escala *Relações Sociais* do NHP, por nível de *DEDM* em actividades profissionais

	Nível de <i>DEDM</i> em actividades profissionais	Relações sociais (M)
Subgrupo I	baixo (n=369)	57,63
	moderadamente baixo (n=1802)	63,44
	moderadamente elevado (n=1379)	63,82
Subgrupo II	elevado (n=352)	88,28

Não se verificaram diferenças significativas quando se compararam os diferentes níveis de *DEDM*, quer nas actividades desportivas, quer em actividades de lazer, quer ainda na sua pontuação global, relativamente a esta dimensão (*Relações Sociais*) de QdVRS.

⁸ Para o estudo desta dimensão de QdVRS, tornou-se a utilizar a variável idade como variável concomitante, e o sexo e a naturalidade entraram também no modelo de covariância, como factores fixos.

4.6.5. Comparações relativas à dimensão "Sono", do NHP⁹

A tabela seguinte indica as diferenças, estatisticamente significativas, entre os vários níveis de *DEDM*, por contexto da actividade física implicada, relativamente à dimensão *Sono* do *NHP* ($p = 0,007$).

Tabela 31. Valor médio da escala *Sono* do *NHP*, por nível de *DEDM* em actividades profissionais

	Nível de <i>DEDM</i> em actividades profissionais	Sono (M)
Subgrupo I	baixo (n=369)	47,89
	moderadamente baixo (n=1802)	53,76
Subgrupo II	moderadamente elevado (n=1379)	58,32
	elevado (n=352)	68,48

Não se verificaram diferenças significativas quando se compararam os diferentes níveis de *DEDM*, quer nas actividades desportivas, quer em actividades de lazer, quer ainda na sua pontuação global, relativamente a esta dimensão (*Sono*) de *QdVRS*.

⁹ Para o estudo desta dimensão de *QdVRS*, tornou-se a utilizar a variável idade como variável concomitante, e o sexo e a naturalidade entraram também no modelo de covariância, como factores fixos.

4.6.6. Comparações relativas à dimensão “Mobilidade” do NHP¹⁰

A tabela seguinte indica as diferenças, estatisticamente significativas, entre os vários níveis de *DEDM*, por contexto da actividade física implicada, relativamente à dimensão *Mobilidade* do NHP ($p = 0,001$).

Tabela 32. Valor médio da escala *Mobilidade* do NHP, por nível de *DEDM* em actividades profissionais

	Nível de <i>DEDM</i> em actividades profissionais	Mobilidade (M)
Subgrupo I	baixo (n=369)	30,53
	moderadamente baixo (n=1802)	35,51
Subgrupo II	moderadamente elevado (n=1379)	41,32
	elevado (n=352)	49,67
	Nível de <i>DEDM</i> em actividades desportivas	Mobilidade (M)
Subgrupo I	elevado (n=352)	25,50
	moderadamente elevado (n=1379)	34,33
	moderadamente baixo (n=1802)	39,02
Subgrupo II	baixo (n=369)	60,86
	Nível de <i>DEDM</i> em actividades de lazer	Mobilidade (M)
Subgrupo I	elevado (n=352)	33,22
	moderadamente elevado (n=1379)	31,69
Subgrupo II	moderadamente baixo (n=1802)	40,82
	baixo (n=369)	50,76

Não se verificaram diferenças significativas quando se compararam os diferentes níveis de *DEDM* (*score* global de Baecke) relativamente a esta dimensão de QdVRS.

¹⁰ Para além da idade, do género e do país dos respondentes, também foi usado o respectivo índice de massa corporal como variável de ajustamento, uma vez que se provou que a mesma influencia os *scores* de QdVRS na dimensão “Mobilidade” do NHP.

4.6.7. *Comparações relativas à pontuação total do NHP*

Não se verificaram diferenças significativas quando se compararam os diferentes níveis de *DEDM* em qualquer dos contextos (trabalho, desporto ou lazer), relativamente à pontuação total do *NHP*.

4.6.8. *Sumário das diferenças significativas de QdVRS por nível de dispêndio energético diário*

A tabela seguinte sumariza os melhores níveis significativos de dispêndio de energia relativamente aos valores de QdVRS.

Tabela 33. Níveis de DED significativamente melhores relativamente às dimensões do NHP

	Actividades profissionais	Actividades desportivas	Actividades de lazer	<i>DEDM</i> total
Vitalidade	baixo; moderadamente baixo	elevado	elevado; moderadamente elevado	D.N.S.
Dor	baixo; moderadamente baixo; moderadamente elevado	elevado; moderadamente elevado; moderadamente baixo	D.N.S.	D.N.S.
Reacção Emocional	baixo; moderadamente baixo	elevado; moderadamente elevado; moderadamente baixo	elevado	D.N.S.
Relações Sociais	baixo; moderadamente baixo; moderadamente elevado	D.N.S.	D.N.S.	D.N.S.
Sono	baixo; moderadamente baixo	D.N.S.	D.N.S.	D.N.S.
Mobilidade	baixo; moderadamente baixo	elevado; moderadamente elevado; moderadamente baixo	elevado; moderadamente elevado	D.N.S.

D.N.S. – diferenças estatisticamente não significativas

5. *Discussão dos resultados*

Os principais objectivos do presente estudo foram os de produzir mais conhecimento sobre (a) padrões nacionais (na Bélgica, em Itália, e em Portugal) de prática de actividade física, (b) factores barreira e factores de motivação para a prática regular de exercício físico (para Portugal, Bélgica e Itália), e (c) relação entre o dispêndio energético diário e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

Os dados foram obtidos através de inquérito por correio (*mail-type*), com questionários auto-administrados. As amostras foram seleccionadas de modo a maximizar a representatividade de cada uma das populações em estudo.

Verificou-se um viés, em todos os países, e tipicamente relacionado com este método de recolha de dados (Babbie, 1990): o nível sócio-cultural dos respondentes que constituem a amostra, quando comparado com as distribuições descritas pelas estatísticas *oficiais* desta variável em cada país, é claramente afectado no sentido de, na amostra recolhida, a percentagem de respondentes com habilitações superiores ser muito superior ao encontrado na população - são os níveis sócio-culturais mais elevados que mais responde a questionários.

Outra limitação do presente estudo refere-se à utilização de uma versão modificada de um questionário genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde. De facto, ao procurar aumentar a propriedade psicométrica eventualmente mais fraca deste instrumento (a sua sensibilidade) o autor do estudo está ciente que o instrumento carece de nova avaliação das restantes propriedades. A natureza dos itens do questionário, com reconhecida validade

facial, justificou a escolha do instrumento como muito pertinente para os objectivos em vista.

É ainda importante realçar que a impossibilidade de estudar as “não respostas” (ou seja, conhecer quem não respondeu ao questionário e porque razão não o fez) introduz muitas limitações em termos de precisão quanto à análise de prevalências (da prática de exercício físico, por exemplo). A este propósito é ainda importante dizer que taxa de resposta obtida para este estudo é excelente quando comparada com o que é normal em *surveys* (Babbie, 1990) - o que poderá significar que o tema do questionário é tido como pertinente para as populações visadas. Esta limitação, própria à metodologia aqui utilizada não invalida que a mesma seja adequada quanto aos objectivos traçados para o estudo. De facto, os *surveys* são de enorme utilidade e das únicas formas possíveis de caracterização de populações, através da recolha de grandes amostras - atendendo a limitações económicas e de operacionalização da investigação (Babbie, 1990).

Caracterização da prática de exercício físico

Começando por uma caracterização da população relativamente à prática de exercício físico, há a realçar que Portugal é o país (dos implicados no estudo) onde maior percentagem de pessoas afirma fazer exercício físico, com 68,71% dos respondentes a afirmar que o fazem pelo menos “algumas vezes”. Contudo, apenas 18,42% dos respondentes afirmaram fazê-lo de forma mais regular (“uma boa parte das vezes que tenho tempo livre”), o que se aproxima mais dos valores obtidos para os restantes países do estudo e realça o estilo de vida predominantemente sedentário destes países.

Apesar desta maior percentagem em Portugal (relativamente aos outros países) de

auto-relato sobre quem faz exercício físico, a aplicação do Questionário de Actividade Física Habitual de Baecke evidenciou que, dos três países, Portugal é aquele onde o dispêndio energético diário é (significativamente, em termos estatísticos) menor, ficando abaixo do ponto médio do intervalo de valores possíveis de obter em termos de pontuação neste instrumento.

De acordo com os dados recolhidos, as modalidades desportivas mais praticadas em Portugal (independentemente da frequência e intensidade da sua prática) são: a natação (7,42% da amostra), modalidades de *fitness* (cardiofitness, musculação, etc.) – 6,13), futebol (5,72%), ginástica (5,31%), e caminhadas (4,03%).

As principais motivações apontadas pelos respondentes para praticarem exercício físico são bastantes consistentes entre os países:

- ☞ Para manter a forma física (motivação relativa à imagem corporal) - 23,08% para Portugal;
- ☞ Pelo prazer que dá - 20,38% para Portugal;
- ☞ Para relaxar/aliviar o *stress* - 15,99% para Portugal;
- ☞ Para melhorar a condição física (*fitness*) - 20,38% para Portugal;
- ☞ Controlo do peso - 6,75% para Portugal.

Por outro lado, quando se pergunta sobre em que áreas se obtêm benefícios através do exercício físico regular, a saúde, o bem-estar e o aspecto físico são os que recebem maior concordância entre os respondentes, fortalecendo a ideia que não é apenas por falta de informação adequada que não se pratica exercício físico.

Verifica-se também que a intenção de se envolver mais em actividades físicas é uma tendência geral: 80% dos respondentes (da amostra total, e para todos os países em estudo) referiu desejar aumentar a prática de actividade física. Contudo, estes dados não devem ser vistos com optimismo exagerado. É largamente reconhecido que as intenções não são factores causais lineares de modificação comportamental (Ribeiro, 1998).

Por outro lado, as principais razões apontadas pelos respondentes para não fazerem mais exercício físico são:

- ☞ Falta de tempo - 33,56% para Portugal
- ☞ Falta de motivação - 10,54% para Portugal
- ☞ Custo (financeiro) - 11,27% para Portugal
- ☞ Falta de locais/infraestruturas apropriadas - 9,96% para Portugal
- ☞ Falta de energia para fazer mais exercício físico - 7,35% para Portugal
- ☞ Dificuldades de acesso (transportes, horários, ...) - 5,86% para Portugal

Assim, a falta de tempo é, para todos os países, a razão mais vezes evocada para não se fazer mais exercício físico. Este resultado vai de encontro ao referido na literatura. De facto, Dishman (1988; 1994), num esforço de resumo de diversos estudos, salienta que a falta de tempo é o motivo mais prevalente para a interrupção de programas de exercício físico (quer em contexto clínico quer em contexto comunitário); o mesmo autor (1994) refere também ser este o factor mais associado a estilos de vida mais inactivos.

Se pensarmos no que tem sido referenciado na literatura - nomeadamente por Dishman

(1994) –, no sentido do acesso a infraestruturas desportivas e/ou de lazer ser um factor importante de adesão à prática regular, particularmente nas faixas etárias mais avançadas (assim como a estrutura ou organização dos locais de trabalho poderem influenciar essa prática), vemos até que ponto a percepção existente nos países estudados relativamente a este tipo de barreiras à mudança comportamental é importante na explicação do estilo de vida sedentário encontrado.

Mas acessibilidade não se esgota em termos de espaço e tempo. Inclui também o saber e conhecer. Existe, por exemplo, evidência em como membros inactivos de grupos de baixo estrato sócio-económicos carecem de informação adequada relativamente aos efeitos benéficos do exercício físico e à forma adequada de o praticar – em termos de frequência e intensidade (Canadian Fitness Survey, 1997; Casperson, Merritt, e Stephens, 1994, Dishman, 1994). Estes resultados favorecem a leitura de relação íntima entre informação sobre benefícios de saúde associados à actividade física (ou falta da mesma) e sedentarismo.

Por outro lado, as crenças sobre comportamentos promotores e protectores da saúde, bem como as atitudes positivas quanto à prática de exercício físico têm sido referidas como podendo influenciar a intenção de se tornar mais activo (Ribeiro, 1998).

Contudo, como também já referido, existe evidência científica em como as intenções não são boas predictoras da prática e adesão a mudanças de estilo de vida (Ribeiro, 1998). Assim sendo, pode-se pensar na hipótese de o *estar-se* bem informado ser uma condição necessária, embora não suficiente para a implementação de bons hábitos de vida, no geral, e de prática de exercício físico, no particular.

No presente estudo, recolheram-se dados sobre as crenças dos respondentes relativamente aos efeitos do exercício físico na saúde. Os resultados mais importantes são os seguintes:

- ☞ Mais de 25% dos respondentes, em todos os países, não concorda com a ideia de que o exercício físico é benéfico para as pessoas mais velhas (mais de 65 anos) e 5% não concorda que o mesmo seja benéfico para as crianças;
- ☞ Uma grande percentagem de respondentes não está ciente do efeito preventivo do exercício físico relativamente à osteoporose (51,06% da amostra total);
- ☞ À volta de 70% dos respondentes não sabe do real efeito preventivo do exercício físico relativamente à diabetes;
- ☞ 20% dos respondentes acredita que a prática de exercício físico moderado várias vezes por semana é equivalente à prática de exercício físico intenso poucas vezes por semana, no que respeita a benefícios para a saúde.

Dispêndio energético diário e qualidade de vida relacionada com a saúde

O estudo da relação entre estas duas variáveis procura contribuir para uma resposta à questão mais geral de até que ponto está a prática de exercício físico associada à QdVRS, sendo esta fundamental para a adesão a qualquer prescrição clínica para doenças crónicas (no caso, o estilo sedentário crónico).

Do estudo desta relação pode ser concluído que o dispêndio total de energia está de facto relacionado com a QdVRS. Quando se compara o grupo de pessoas que afirmaram fazer

exercício físico com regularidade com os que afirmam raramente ou nunca o fazer, verifica-se que o grupo dos que o fazem têm índices médios de QdVRS significativamente superiores aos que não o fazem.

Porém, a forma como estes dois constructos se relacionam não é assim tão evidente. De facto, as correlações encontradas entre os vários indicadores de dispêndio diário de energia (total e em diferentes actividades – trabalho, desporto, lazer) e os indicadores de QdVRS nas várias dimensões medidas pelo instrumento genérico aqui utilizado (versão modificada do Nottingham Health Profile), apesar de, na maioria dos casos, ser significativa, é muito fraca, sugerindo que a relação não é linear e/ou que existem variáveis intermédias que é necessário identificar para compreender essa relação.

Uma análise mais detalhada dos dados pode indicar-nos uma explicação parcial deste resultado aparentemente estranho: de facto, o contexto ou tipo de actividade física responsável pelo dispêndio energético mostrou-se, no presente estudo, como factor mediador chave para a relação entre actividade física e QdVRS.

Especificando, com base no estudo de covariância entre estas variáveis (ajustando para o sexo, a idade, a nacionalidade, e o índice de massa corporal; e controlando – através da exclusão de casos – outras variáveis como “acontecimentos de vida recentes” e “existência de condições clínicas limitadoras da prática de exercício físico”¹¹) pôde ser concluir que níveis

¹¹ A este propósito, é de realçar que mais de 20% dos respondentes com, pelo menos, um sinal clínico passível de ser limitador em termos de alteração do estilo de vida no sentido de aumento do exercício físico, começou a praticar uma modalidade desportiva sem qualquer consulta médica. Este facto pode ser um reflexo do papel esbatido que os agentes de saúde têm tido nos países em causa (Bélgica, Itália e Portugal), nesta área de intervenção (comportamental) da saúde pública (Curfman, 1993).

menores de dispêndio de energia nas actividades profissionais estão significativamente associados a melhores *scores* nas dimensões de QdVRS (vitalidade, dor, reacções emocionais, relações sociais, sono, mobilidade) e, inversamente, níveis maiores de dispêndio de energia em actividades desportivas e de lazer estão associadas a *scores* significativamente melhores nas dimensões de QdVRS.

Assim sendo, o contexto em que é feito o dispêndio energético (e, provavelmente associado a este dispêndio, o tipo de tarefas implicadas) é uma variável fundamental para a compreensão de como o exercício físico pode estar associado a qualidade de vida relacionada com a saúde.

6. Conclusões

A investigação científica tem confirmado, nas últimas décadas, os benefícios da actividade física regular para a saúde. É hoje em dia evidente que a actividade física, para além de melhorar a forma física, reduz o risco de morbilidade relativamente a várias doenças crónicas severas e aumenta a esperança de vida. De facto, a acumulação de evidências epidemiológicas sugere que o nível de actividade física é proporcional aos benefícios de saúde (embora pareça existir um efeito tecto nessa relação, após o qual não é claro o ganho adicional de benefícios de saúde).

Como já salientado no início deste texto, o principal factor mediador desta relação “exercício físico - ganhos de saúde”, parece ser o nível de dispêndio energético. Neste sentido, os dados convergem para a noção de que não é necessário fazer exercício físico intenso para atingir um bom efeito na saúde; pelo contrário, 30 minutos (não necessariamente seguidos) de exercício físico diário parecem ter benefícios clínicos significativos para a saúde na maior parte da população, sedentária e fora de forma. Também de acordo com alguns estudos, não interessa o tipo de exercício físico: desportos, exercício físico planeado, actividades de lazer, etc. (Blair et al, 1984; Paffenbarger et al, 1993).

Considerando as evidências epidemiológicas, que insistem em mostrar, por um lado, a tendência actual para estilos de vida cada vez mais sedentários e, por outro, que a actividade física traz vantagens para a saúde, conclui-se que a actividade física *optimal* não é “acessível” à maioria e que, portanto, a sua promoção deve ser estabelecida como prioridade na saúde

pública.

De facto, a promoção da actividade física regular é recomendada a todas as crianças e a todos os adultos (Paffenbarger, 1993). Neste sentido, parece ser consensual que a informação, clara e sucinta, quanto ao papel da actividade física na prevenção de doenças (e dos seus riscos), deve ser distribuída a todos para bem da saúde pública e da economia de saúde. Além disso, os técnicos de saúde devem avaliar o nível de actividade dos seus pacientes e, caso surja necessário aumentar esse nível, devem averiguar sobre obstáculos específicos e seleccionar tipos de exercício físico apropriados – considerando as limitações clínicas da pessoa e as características das actividades, de forma a maximizar a saúde e a adesão à prescrição de exercício físico (garantindo ao máximo a tríade: baixo esforço percebido/sentido, custo (económico) mínimo e conveniência de realização da actividade).

O objectivo deste estudo foi o de, com base numa caracterização inicial das populações da Bélgica, Itália e Portugal relativamente à prática de exercício físico habitual no trabalho ou ocupação principal, no tempo de lazer (excluindo actividades desportivas) e nas actividades desportivas, estudar a relação entre essa prática (medida através de um indicador de dispêndio energético – o questionário de actividade física habitual de Baecke) e a QdVRS.

As principais conclusões a retirar deste trabalho podem resumir-se aos seguintes pontos:

1. O taxa de sedentarismo da população portuguesa é preocupante: segundo os dados recolhidos, cerca de 80% da população não pratica exercício físico com regularidade;

2. O balanço no que se refere à actividade física habitual das populações em estudo pode ser definido como inferior ao ponto médio quantificável na escala de valores possíveis através da aplicação do questionário de Baecke. Esta conclusão é extensível a todos os domínios de actividade física avaliados por este instrumento: no trabalho, nas actividades de lazer, e nas actividades desportivas;
3. Este estilo de vida sedentário prevalente, reconhecidamente facilitador de morbidade e diminuição da esperança de vida, não é explicável por *déficit* de conhecimento, nas populações em estudo, quanto aos efeitos benéficos do exercício físico regular;
4. Há uma imagem generalizada, em Portugal, de dificuldades ou barreiras *externas* (que, à partida não dependem de aspectos motivacionais ou de outro aspecto - físico ou psicológico - intrínseco ao indivíduo. Como por exemplo, o custo, financeiro, da prática de exercício, dificuldades de acesso, etc.) que limitam a adopção de estilos de vida mais activos;
5. Apesar de haver diferença estatística entre as pessoas que fazem exercício de forma regular e os que não o fazem, relativamente aos vários indicadores de QdVRS estudados, as correlações lineares entre estas duas variáveis são quase nulas.
6. O contexto da prática de exercício físico poderá ser um factor mediador entre o dispêndio energético e a QdVRS. De facto, enquanto que níveis altos de dispêndio energético em actividades de trabalho se mostraram associados a piores índices

médios de QdVRS, níveis baixos ou moderadamente baixos de dispêndio energético em actividades de lazer ou de desporto parecem ser suficientes para se conseguirem níveis significativamente melhores de QdVRS.

7. Este conjunto de dados vai no sentido da evidência já criada por diversos estudos que mostram que é demasiado redutor e simplista afirmar que o exercício físico é garante de melhor QdVRS. Essa afirmação levaria a crer que, por exemplo, quem tem um trabalho “mais pesado” mantém-se em melhor forma física e, inerentemente, com melhor QdVRS. O presente estudo aponta para a conclusão oposta

Esperamos que o retrato esboçado por este trabalho de investigação, relativamente ao que se passa em Portugal no que se refere à prática de exercício físico, às crenças, às intenções, às motivações e as percepções de barreiras dessa mesma prática, ajude a compreender que é realmente importante promover mais conhecimento, menos limitações (entenda-se, mais acesso), enfim, mais pressão profissional, social e política para mudança de hábitos/estilos de vida, no sentido de aumentar o dispêndio energético de cada um de nós.

E como as intenções de mudança, tal como foi acima referido, não são muito fãns da mudança em si mesma, é importante perceber o que mais falta. Prescrever exercício físico pode ser entendido por muito “doentes comportamentais do estilo sedentário” como uma medicação cheia de “efeitos secundários”. Neste sentido, resulta importante compreender melhor quais são os determinantes para a adopção de estilos de vida mais activos.

O contexto da prática deverá ser tido como aspecto fundamental no delinear de projectos de promoção individual ou comunitária de exercício físico.

A este propósito, é de salientar que a actividade física no trabalho, embora possa contribuir de forma significativa para a actividade física total, para além de estar inversamente relacionada com indicadores de QdVRS, apresenta restrições quanto ao facto de poder ser alterada no sentido de provocar adaptações que levem à promoção da saúde e de melhoria de QdVRS. Por outro lado, uma já vasta literatura científica mostra a enorme dificuldade de adesão a programas de exercício físico, que passam geralmente pela adopção de *settings* mais ou menos estruturados (ginásios, polidesportivos, etc.). Assim sendo, o ênfase no aumento de actividade física no tempo de lazer adquire um enorme importância. Até mesmo porque se o exercício físico for enquadrado em actividades lazer (*hobbies*), estará mais facilmente associada a um dos determinantes que hoje em dia se reconhece como fundamentais para a adesão ao exercício físico (o prazer na sua execução – Matos e Sardinha, 1999).

A boa notícia proveniente do presente estudo é a de que, para algumas dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde (nomeadamente, a vitalidade e a mobilidade), níveis moderados de dispêndio energético, em actividades de lazer estão significativamente associados a melhores índices de QdVRS.

Considerando que a QdVRS é um factor principal de adesão para qualquer intervenção na saúde, à luz destes resultados torna-se imperativo que se tome em consideração o contexto da prática quando se prescreverem programas de exercício físico ou quando se planeiam quaisquer programas individuais e comunitários para o aumento da actividade física regular.

Não basta afirmar que é preciso ser-se mais activo; é necessário sugerir como, e em que contexto. Neste sentido, os dados obtidos neste estudo sugerem a necessidade de estudar melhor de que forma o contexto da prática de exercício físico pode ser utilizado para promover um dispêndio energético adequado ao pretendido: aumentar a qualidade de vida garantindo ganhos na saúde.

Bibliografia

- Ainsworth B, Montoye H.J, & Leon AS. Methods of assessing physical activity during leisure and work. In C. Bouchard, R. J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health*. (146-159). Champaign: Human Kinetics Publishers.
- American College of Sports Medicine Position Statement. (1990). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in health adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 22, 265-274.
- Astrand, P. O. (1992). Why exercise?. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24, 153-162.
- Babbie, E. (1990). Survey Research Methods. (2nd Ed.). Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Baecke, J., Burema, J, & Frijters J. (1982). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 36, 936-942.
- Berger, G., & McInman, A. (1993). Exercise and the quality of life. In R Singer, M. Murphey, & L. Tennant (Eds.), *Handbook of research on sport psychology*. New York: Macmillan.
- Blair, S. N., Kohl H.W., Barlow, C.E., Paffenbarger, R. S., Gibons, L.W., & Macera, C. A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. *Journal of American Medical Association*, 273, 1093-98.

- Blair, S.N., Kohl, H.W., & Gordon, N. F., & Paffenbarger, R. S. (1992). How much physical activity is good for health? *Annual Review of Public Health, 13*, 99-126.
- Bouchard, C., Shepard, R. J., & Stephaens, T. (1994). *Physical activity, fitness and health*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Bowling, A. (1995). *Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales* (1st ed). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Bowling A. (1997). *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales* (2nd ed.). Buckingham, Philadelphia: Open University Press;
- Brown, J.D., & Siegel, J.M. (1988). Exercise as a buffer of life stress: a prospective study of adolescent health. *Health Psychology, 7* (4), 341-353.
- Bulpitt, C. J., & Fletcher, A.E. (1990). The measurement of quality of life in hypertensive patients: A practical approach. *British Journal of Clinical Pharmacy, 30*, 353-364.
- Burres, J., Christiani, D., & Berwick, D. M. (1996). *U.S. preventive services task force. Guide to clinical preventive services* (2nd ed.). Baltimore: William & Wilkins; 1996.
- Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute (1997). Adherence to youth guidelines. *Progress in Prevention, Bulletin no. 13*.
- Caspersen, C., Powell, K., Christenson (1985). Physical activity, exercise, e physical fitness: definitions e distinctions for health-related research. *Public Health Reports, 100* (2), 126-131.
- Caspersen, C.J., Merritt, R.K., & Stephens, T. (1994). International physical activity patterns: A methodological perspective. In R. K. Dishman (Ed), *Advances in exercise adherence*

(pp. 73-109). Champaign: Human Kinetics Publishers.

Cauley, J., LaPorte, R., Seler, R.B., Schramm, M., & Kriska, A. (1987). Comparison of methods to measure physical activity in postmenopausal women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 45, 14-22.

Crews, D.J., & Leers, D.M. (1987). A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to social psychosocial stressors. *Medicine and Science Sports and Exercise*, 19 (5), S114-S120.

Cruz, J., Machado, P., & Mota, M. (1996). Efeitos e benefícios psicológicos do exercício. In J. Cruz (Ed.), *Manual de Psicologia do Desporto*. Braga: Manuais de Psicologia.

Curfman G. (1993). Exercise and the medical gap. (Editorial). *The New English Journal of Medicine*, 329, 23:11.

Dishman, R.K. (1994). Introduction: Consensus, Problems and Prospects. In R. K. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence* (pp. 01-27). Champaign: Human Kinetics Publishers.

Dishman, R. K., & Steinhardt, M. (1988). Reliability and concurrent validity for 7-d recall of physical activity in college students. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 20, 14-25.

Ekelund, L. G., Haskell, W. L., Johnson, J. L., Whaley, F. S., Criqui, M. H., & Sheps, D. S. (1988). Physical fitness as a predictor of cardiovascular mortality in asymptomatic north american men: the lipid research clinics mortality follow-up study. *The New English Journal of Medicine*, 319, 1379-1384

- Fallowfield, L. (1990). *The quality of life – The missing measurement in health care*. Great Britain, Canada: Souvenir Press.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte 1: adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, vol.13(1/2), 55-66.
- Fletcher, G. F., Balady, G., Froelicher, V. F., Hartley, L. H., Haskell, W. L., & Pollock, M.L. (1995). Exercise standards: a statement for healthcare professionals from the american heart association. AHA/Scientific Statement: Special report. *Circulation* 91 (2), 580-615.
- Fuller, N. J., Sawyer, M. B., Coward, W.A., Paxton, P., & Elia, M. (1996). Components of total energy expenditure in free-living elderly men (over 75 years of age): Measurement, predictability and relationship to quality of life indices. *British Journal of Nutrition*, 75(2), 161-173.
- Gretebeck, R., & Montoye, M. (1990). A comparison of six physical activity questionnaires with caltrac accelerometer recordings (Abstract). *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 22, S79.
- Hagbert, J. M. (1990). Exercise, fitness and hypertension. In J. M. Hagbert, *Exercise, Fitness and Health. A consensus of current knowledge*. Champaign: human kinetics..
- Hellenius, M. L, Dahlof, C., Aberg, H., Krakau, I., Faire, U. (1995). Quality of life is not negatively affected by diet and exercise intervention in health men with cardiovascular risk factors. *Quality of Life Research* 4(1),13-20.
- Instituto Nacional de Estatística (1999). Estatísticas Demográficas. Portugal; INE.

- Jacobs, D., Ainsworth, B., Hartman, T., & Leon, A. (1993). A simultaneous evaluation of 10 commonly used physical activity questionnaires. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 25(1)*, 81-91.
- Janz, K. F. (1994). Validation of the CSA accelerometer for assessing children's physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 26*, 369-375.
- Kemm, J.R. (1993). Towards an epidemiology of positive health. *Health Promotion International, 2(8)*, 129-134.
- King, A., Blair, S., Bild, D., Dishman, R., Dubbert, P., Marcus, B., Oldridge, N., Paffenbarger, R., Powell, K., Yeager, K.. (1992). Determinants of physical activity and interventions in adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 24 (6)* Supplement. S221-S236.
- Klesges, L. M., & Klesges, R. C. (1987). The assessment of children's physical activity: A comparison of methods. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 19*, 511-517.
- Leplège, A., & Hunt, S. (1997). The problem of quality of life. *Journal of American Medical Association, 278*, 47-50.
- Mahoney, N., & Freedson, P. (1990). Assessment of physical activity from caltrac and Baecke questionnaire techniques (Abstract). *Medicine and Science in Sports and Exercise, 22*, S80.
- Matos, M.G., Sardinha L.B. (1999). Estilos de vida e qualidade de vida. In Sardinha, L.B., Matos, M.G., Loureiro I. (Ed.). *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*, pp. 163-181, Lisboa: Edições

FMH.

- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring Health – A guide to rating scales and questionnaires*. (2nd ed.). New York. Oxford University Press.
- McGinnis, J. (1992). The public health burden of a sedentary lifestyle. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24 (6), (Supplement), S196-S200.
- Meijer, G. A., Westerterp, K. R., Koper, H., & Hoor, F. T. (1989). Assessment of energy expenditure by recording heart rate and body acceleration. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 21, 343-347.
- Menec, V. H., Chipperfield, J. G., Perry, R.P. (1999). Self-perceptions of health: A prospective analysis of mortality, control and health. *J Gerontol B Psychol Soc Sci.*, 54(2):85-93.
- Miller, D.J., Freedson, P.S., & Kline, G.M. (1994). Comparison of activity levels using the Caltrac accelerometer and five questionnaires. *Medicine e Science in Sports and Exercise*, 26(3), 376-382.
- Paffenbarger, R. S., Blair, S. N., Lee, I., & Hyde, R.T. (1993). Measurement of Physical activity to assess health effects in free-living populations. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25(1), 60-70.
- Paffenbarger, R. S., Laughlin, M., Gima, A., & Black, R. (1970). Work activity of longshoremen as related to death from coronary heart disease e stroke. *The New England Journal of Medicine*, 282 (20), 1110-1114.
- Paffenbarger, R. S. Jr., Hyde, R. T., Wing, A. L., Lee, I. M., Jung, D. L., & Kampert, J. B.

- (1993). The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *The New England Journal of Medicine*, 328, 538-545.
- Panush, R. S. (1994). Physical activity, fitness, e osteoarthritis. In C. Bouchard, R. J. Shepard, & T. Stephaens (Eds.), *Physical activity, fitness and health*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Pate, R. R., Macera, C. A. (1994). Risks of exercising: musculoskeletal injuries. In C. Bouchard, R. J. Shepard, & T. Stephaens (Eds.). *Physical activity, fitness and health*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Pescatello, L.S.. (2001). Exercising for health: the merits of lifestyle physical activity. *West J Med*, 174(2), 114-118.
- Pols, M., Peeters, P., Bueno-De-Mesquita, Bas, H., Ocké M., Wentink, C., Kemper, H., & Collette H. (1995). Validity and repeatability of a modified Baecke questionnaire on physical activity. *International Journal of Epidemiology*, 24, 381-388.
- Raglin, J. S. (1990). Exercise and mental health: Beneficial and detrimental effects. *Sports Medicine*, 9, 323-329.
- Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Ed. ISPA.
- Richardson, M., Ainsworth, B., Wu, H., Jacobs Jr, & Leon, A. (1995). Ability of the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC)/Baecke Questionnaire to Assess Leisure-Time
- Rutherford, G.W., & Schroeder, T.J. (1998) *Sports-related injuries to persons 65 years of age*

- and older*. Washington D. C.: U.S. Consumer Product Safety Commission.
- Ruuskanen, J.M., Ruoppila, I. (1995). Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. *Age Aging*, 24(4), 292-296.
- Sallis, J. F., Faucette, N. (1992). Physical activity. In H. M. Wallace, K. Patrick, & J. B. Parcel (eds), *Principles and practices of students health*. Vol. I: Foundations. Oakle, CA: Third Party Publishing,.
- Santos, O, & Biscaia, A. (1999). Avaliação do estado de saúde: diferenças de opinião entre médicos e pacientes. Proceedings of the 4º Congresso Nacional de Medicina Familiar; 1999 Set 26-28; Évora, Portugal. Mafra, Portugal: Rolo & Filhos.
- Santos, O. (2001). Quando o corpo ultrapassa os limites. *Teste Saúde*, 34, 28-29.
- Sardinha, L.B. (1999). Exercício, saúde e aptidão metabólica. In L. B. Sardinha, M. G. Matos, & I. Loureiro (eds.), *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa: Edições FMH.
- Shamshekally, K. (1999). Validação do Baecke Questionnaire for Habitual Physical Activity para a população Portuguesa. Tese de mestrado.
- Shultz, S., Westerterp, K. R., & Bruck, K. (1989). Comparison of energy expenditure by the doubly labeled water technique with energy intake, heart rate, and activity recording in man. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 49, 1146-1154.
- Sjole, H., Wiklund, I., Caidahl, K., Albertson, P., & Herlitz J. (1995). Relationship between quality of life and exercise test findings after coronary artery bypass surgery. *International Journal of Cardiology*, 51(3), 221-32.

- Spilker B, (1996). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher.
- Stein, J.H. *Internal Medicine*. (4th ed.). St Louis: Mosby 1994.
- Staquet, M. J., Hays, R. D., & Fayers, P. M. (1998). *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*. Oxford University Press.
- Washburn, R. A., & Montoye, H. J. (1986). The assessment of physical activity by questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 123(4), 563-576.
- Washburn, R. A., Smith, K. W., Goldfield, S. R. W., & McKinlay, J. B. (1991). Reliability and physiologic correlates of the harvard alumni survey in a general population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 1319-1326.
- Washburn, R. A., Smith, K. W., Jette, A. M., & Janney, C. A. (1993). The physical activity scale for the elderly (pase): Development and evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 153-162.
- Willich, S. N., Lewis, M. (1993). Physical exertion as a trigger of acute myocardial infarction. *New English Journal of Medicine*, 329,1684-90.
- Wilson, B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *Journal of American Medical Association*, 273(1), 59-65.
- Wood-Dauphinee, S., & Küchler, T. (1992). Quality of life as a rehabilitation outcome: Are we missing the boat? *Canadian Journ of Rehabilitation*, 6(1), 3-12.
- Zar, J. (1996). *Biostatistical Analysis*. (3rd ed.) Northern Illinois University: Prentice-Hall International.

Anexos

Coefficientes de ponderação da amostra (por país)

Tabela 34. Coeficientes de ponderação da base de dados

	15 - 24		25 - 64		> 65	
	men	women	men	women	men	women
<i>Bélgica</i>						
Região de Bruxelas-Capital	0,19	0,68	0,11	0,18	0,48	0,57
Região Flamenga	5,00	5,50	1,12	1,13	4,32	2,68
Região da Valónia	2,62	2,26	0,59	0,61	2,53	1,94
<i>Itália</i>						
Valle d'Aosta	1,00	1,00	1,79	3,32	1,00	1,00
Piemonte	0,58	0,56	1,09	1,15	0,93	0,62
Liguria	1,00	3,28	1,39	1,35	4,09	2,62
Lombardia	1,57	1,36	1,40	1,27	1,65	1,02
Trentino-Alto Adige	1,00	1,00	1,35	1,48	1,00	1,00
Veneto	1,57	0,74	1,14	0,88	1,00	1,00
Friuli-Venezia Glulia	1,00	1,04	1,40	2,20	1,00	1,00
Emilia-Romana	2,71	1,28	1,00	1,37	1,81	0,62
Toscana	1,00	1,03	1,27	1,61	1,00	1,41
Marche	1,00	1,00	1,70	1,22	1,00	1,81
Umbria	6,06	1,41	0,85	0,98	4,17	1,00
Lazio	0,87	1,01	0,53	0,49	1,00	1,26
Abruzzo	1,00	0,82	0,85	1,20	1,00	2,27
Puglia	1,39	0,63	0,92	0,79	1,00	1,88
Basilicata	3,35	1,00	1,42	1,18	1,00	1,00
Campania	1,00	0,59	0,67	0,59	1,02	0,73
Molise	1,00	1,00	1,00	1,73	1,00	1,00
Calabria	0,94	1,30	0,54	0,35	2,31	1,73
Sardegna	1,00	0,54	0,70	1,06	3,07	2,32
Sicilia	0,79	1,08	0,72	0,53	0,94	1,00
<i>Portugal</i>						
Lisboa e Vale do Tejo	2,34	2,38	2,38	2,46	3,10	2,16
Região Centro	2,72	2,50	2,57	1,97	2,05	1,37
Região Norte	1,43	1,39	1,68	1,42	1,47	2,38
Alentejo	0,81	1,77	0,79	0,40	0,42	1,00
Algarve	3,63	2,68	2,76	3,66	2,98	2,71
Madeira	2,65	0,53	2,28	2,38	1,00	1,00
Açores	4,38	1,96	1,34	1,55	1,48	5,42

Questionários utilizados

Exercício Físico e Bem-Estar®

copyright EDIDECO

Estimado/a Senhor/a,

A Edideco, Editores para a Defesa do Consumidor, está a fazer um estudo sobre os tipos de actividades físicas e desportivas que os portugueses praticam.

O exercício físico, desde simples caminhadas à prática regular de um desporto, é extremamente importante para a saúde de todos. Por isso, queremos saber quais os hábitos da população relativamente a este aspecto.

Este questionário pode ser respondido por qualquer pessoa, pratique ou não algum tipo de exercício físico. De facto, como estamos interessados em saber quais os hábitos da população portuguesa em geral, a sua resposta é muito importante, quer seja um profissional do desporto, quer faça um mínimo de exercício físico.

Além disso, as suas respostas são importantes para todos os portugueses. Por favor, envie-nos o questionário assim que o tiver preenchido. Para o efeito, utilize o envelope que recebeu. **NÃO PRECISA DE COLAR SELOS.**

Às primeiras 1000 pessoas que nos responderem, teremos o prazer de oferecer um exemplar do livro "VIVER EM FORMA". Assim, indique, na última página do questionário (se estiver interessado/a), uma morada ou apartado para onde possamos enviá-lo.

Para nos facilitar a tarefa do tratamento das respostas, queira seguir as seguintes instruções de preenchimento do questionário:

- Alinhe sempre os algarismos à direita.

Exemplo:

(incorrecto)

(correcto)

- Escreva apenas um algarismo em cada espaço.

Exemplo:

(incorrecto)

(correcto)

- Quando indicado, marque uma cruz na(s) resposta(s) que corresponde(m) à sua escolha ou que se aplica(m) ao seu caso.

Exemplo:

As suas respostas são rigorosamente confidenciais. Os dados recolhidos servirão unicamente para este estudo.

Obrigado pela sua preciosa colaboração!

Oswaldo Santos

Oswaldo Santos
Responsável pelo projecto

No trabalho, com que frequência costuma estar sentado(a)? [Por trabalho, entenda também estudar e arrumar a casa.] (140)

- 1 = nunca
- 2 = raramente
- 3 = por vezes
- 4 = muitas vezes
- 5 = sempre

No trabalho, com que frequência costuma estar de pé? (141)

- 1 = nunca
- 2 = raramente
- 3 = por vezes
- 4 = muitas vezes
- 5 = sempre

No trabalho, com que frequência costuma andar a pé? (142)

- 1 = nunca
- 2 = raramente
- 3 = por vezes
- 4 = muitas vezes
- 5 = sempre

No trabalho, com que frequência costuma fazer tarefas pesadas? (143)

- 1 = nunca
- 2 = raramente
- 3 = por vezes
- 4 = muitas vezes
- 5 = sempre

Com que frequência costuma sentir-se cansado(a) depois do trabalho? (144)

- 1 = nunca
- 2 = raramente
- 3 = por vezes
- 4 = muitas vezes
- 5 = sempre

No trabalho, com que frequência costuma transpirar, devido às tarefas realizadas? (145)

- 1 = nunca
- 2 = raramente
- 3 = por vezes
- 4 = muitas vezes
- 5 = sempre

Comparado com outras pessoas da sua idade, considera que o seu trabalho é fisicamente ... (146)

- 1 = muito mais pesado
- 2 = mais pesado
- 3 = igual
- 4 = mais leve
- 5 = muito mais leve

17. Pratica desporto? (147)

- 1 = não [Passe directamente para a pergunta 31.]
- 2 = sim



18. Se sim, que desporto pratica mais frequentemente? [Escolha apenas um desporto.] (148) (149)

- 1. andebol
- 2. artes marciais (judo, karaté,...)
- 3. atletismo (corrida, salto em altura, ...)
- 4. badminton
- 5. basquetebol
- 6. boxe
- 7. caça
- 8. caminhadas
- 9. ciclismo
- 10. cicloturismo
- 11. correr
- 12. dança
- 13. desportos motorizados
- 14. desportos radicais (asa delta, BTT, rappel, etc.)
- 15. equitação
- 16. esqui
- 17. fitness (cardiofitness, cardiofitness, step, ...)
- 18. futebol
- 19. ginástica
- 20. ginástica aeróbica
- 21. hóquei em patins
- 22. ioga
- 23. natação
- 24. pesca
- 25. ping-pong
- 26. rãguebi
- 27. skate
- 28. squash
- 29. surf, windsurf
- 30. tai-chi chuan
- 31. ténis
- 32. voleibol
- 33. outro. Qual?

19. Há quanto tempo pratica este desporto?

(150) (151) ano(s) (152) (153) mês/meses

Se começou a praticar este desporto há cerca de um ano, responda à pergunta seguinte; caso contrário, passe para a pergunta 21.

20. Comparando com o que acontecia antes de praticar este desporto, como descreve o seu estado de saúde actual? (154)

- 1 = muito melhor
- 2 = com algumas melhoras
- 3 = aproximadamente igual
- 4 = um pouco pior
- 5 = muito pior

21. Consultou um médico antes de começar a praticar este desporto? (155)

- 1 = sim
- 2 = não

Quanto tempo por semana dedica a este desporto? (156)

- 1 = menos de 1 hora 4 = de 3 a 4 horas
2 = de 1 a 2 horas 5 = mais de 4 horas
3 = de 2 a 3 horas

Quantas vezes por semana pratica este desporto? [Se o pratica menos de uma vez por semana, escreva "0".] (157) (158)

Quantos meses por ano pratica este desporto? *mês/meses* [Se o pratica menos de um mês por ano, escreva "0".] (159) (160)

Se pratica outro(s) desporto(s), qual é o que pratica também mais frequentemente? [Da seguinte lista, escolha apenas um desporto. Se não pratica outro desporto para além do referido na pergunta 18, passe directamente para a pergunta 31.] (161) (162)

1. andebol
2. artes marciais (judo, karaté,...)
3. atletismo (corrida, salto em altura, ...)
4. badminton
5. basquetebol
6. boxe
7. caça
8. caminhadas
9. ciclismo
10. cicloturismo
11. correr
12. dança
13. desportos motorizados
14. desportos radicais (asa delta, BTT, rappel, ...)
15. equitação
16. esqui
17. fitness (cardiofitness, musculação, step ...)
18. futebol
19. ginástica
20. ginástica aeróbica
21. hóquei em patins
22. ioga
23. natação
24. pesca
25. ping-pong
26. râguebi
27. skate
28. squash
29. surf, windsurf
30. tai-chi chuan
31. ténis
32. voleibol
33. outro. Qual?

Há quanto tempo pratica este segundo desporto?

ano(s) mês/meses
(163) (164) (165) (166)

Consultou um médico antes de começar a praticar este segundo desporto? (167)

- 1 = sim 2 = não

Quanto tempo por semana dedica a este segundo desporto? (168)

- 1 = menos de 1 hora 4 = de 3 a 4 horas
2 = de 1 a 2 horas 5 = mais de 4 horas
3 = de 2 a 3 horas

29. Quantas vezes por semana pratica este segundo desporto? [Se o pratica menos de uma vez por semana, escreva "0".] (169) (170)

30. Quantos meses por ano pratica este segundo desporto? *mês/meses* [Se o pratica menos de um mês por ano, escreva "0".] (171) (172)

31. Comparado(a) com outras pessoas da sua idade, considera que a exercício físico que faz nos tempos livres é ... (173)

- 1 = muito maior
2 = maior
3 = igual
4 = menor
5 = muito menor

32. Nos tempos livres, com que frequência costuma transpirar, devido ao exercício físico que faz? (174)

- 1 = nunca
2 = raramente
3 = por vezes
4 = muitas vezes
5 = sempre

33. Nos tempos livres, com que frequência costuma fazer desporto? (175)

- 1 = nunca
2 = raramente
3 = por vezes
4 = muitas vezes
5 = sempre

34. Nos tempos livres, com que frequência costuma ver televisão? (176)

- 1 = nunca
2 = raramente
3 = por vezes
4 = muitas vezes
5 = sempre

35. Nos tempos livres, com que frequência costuma andar a pé/passear? (177)

- 1 = nunca
2 = raramente
3 = por vezes
4 = muitas vezes
5 = sempre

36. Nos tempos livres, com que frequência costuma andar de bicicleta? (178)

- 1 = nunca
2 = raramente
3 = por vezes
4 = muitas vezes
5 = sempre

37. Por dia, quantos minutos, ao todo, costuma andar a pé ou de bicicleta (para ir/vir do trabalho, escola ou para fazer compras)? (179)

- 1 = menos de 5 minutos
2 = entre 5 e 15 minutos
3 = entre 15 e 30 minutos
4 = entre 30 e 45 minutos
5 = mais de 45 minutos

9. Aproximadamente quanto dinheiro costuma gastar em cada um dos seguintes aspectos necessários à prática de exercício físico? [Se esta pergunta não se aplica a si, passe para a pergunta 39.]

- pagamento de quotas de clubes (para a prática de alguma modalidade)

\$00
(180) (181) (182) (183) (184) (185)

- transportes/deslocações

\$00
(186) (187) (188) (189) (190) (191)

- lições/treinos

\$00
(192) (193) (194) (195) (196) (197)

- roupa/calçado desportivo

\$00
(198) (199) (200) (201) (202) (203)

- equipamento (não contando com roupa/calçado)

\$00
(204) (205) (206) (207) (208) (209)

- outras despesas.

Quais?

\$00
(210) (211) (212) (213) (214) (215)

por mês

por ano

9. Concorda ou não com cada uma das seguintes afirmações?

1 = não concordo

2 = não sei

3 = concordo

- o exercício físico facilita o desenvolvimento das crianças (216)
- em termos gerais, o exercício físico é benéfico para os jovens (217)
- em termos gerais, o exercício físico é benéfico para pessoas adultas (dos 20 aos 65 anos de idade) (218)
- em termos gerais, o exercício físico é benéfico para pessoas idosas (a partir dos 65 anos de idade) (219)
- o exercício físico aumenta/melhora a auto-estima/auto-confiança (220)
- o exercício físico contribui para melhorar os resultados escolares (221)
- o exercício físico desenvolve a capacidade de trabalhar em equipa (222)
- o exercício físico retira demasiado tempo à escola e ao estudo (223)
- o exercício físico previne doenças cardiovasculares (hipertensão, enfarte, ...) (224)
- o exercício físico previne a osteoporose (ossos frágeis e quebradiços) (225)
- o exercício físico previne alguns tipos de diabetes (226)
- o exercício físico ajuda a manter um peso saudável (227)
- o exercício físico alivia o stress (228)
- o exercício físico aumenta a aptidão/capacidade física (229)
- o exercício físico provoca, frequentemente, lesões (230)

- o exercício físico provoca, frequentemente, dores musculares (231)
- o exercício físico provoca, frequentemente, problemas nas articulações (232)
- o exercício físico torna as pessoas demasiado musculadas (233)
- podem ocorrer problemas de saúde como resultado de se parar de fazer exercício físico regular (234)
- é melhor fazer exercício físico intenso (como por exemplo, jogar futebol) uma vez por semana do que não fazer nada (235)
- os benefícios do exercício físico desaparecem quando se deixa de o fazer (236)
- fazer exercício físico moderado várias vezes por semana equivale a fazer exercício físico intenso poucas vezes por semana (237)

40. Nos últimos três meses, quantos cigarros fumou por dia? [Se, neste período, deixou de fumar, por favor, escreva "99" nos quadrados. Se fumou menos do que um cigarro por dia, escreva "0". Se nunca foi fumador(a), deixe os quadrados em branco.] (238) (239)

41. Nos últimos três meses, quantas horas dormiu, em média, por dia? (240) (241)

42. O médico alguma vez lhe disse que tem algum problema no coração ou nos pulmões, recomendando que só fizesse exercício físico sob orientação médica? (242)
1 = sim 2 = não

43. Durante ou imediatamente após fazer exercício físico, sente dor ou pressão no peito ou na parte esquerda do pescoço ou no ombro/braço esquerdo? (243)
1 = sim 2 = não

44. Tem tido dores no peito no último mês? (244)
1 = sim 2 = não

45. Tende a perder a consciência ou a cair devido a tonturas? (245)
1 = sim 2 = não

46. Sente muita falta de ar a seguir a um exercício físico moderado? (246)
1 = sim 2 = não

47. O médico aconselhou-o a tomar medicamentos para a tensão arterial ou para o coração? (247)
1 = sim 2 = não

48. O médico disse-lhe que tinha um osso ou uma articulação que pode ficar pior se fizer actividade física? (248)
1 = sim 2 = não

49. Tem algum problema de saúde ou outro problema físico não mencionado nas perguntas anteriores, que mereça uma atenção especial no que se refere à prática de exercício físico? (249)
1 = sim 2 = não

→ 49.1. Se sim, qual?

Tem algum problema de saúde grave?

(250)

1 = sim

2 = não

50.1. Se sim, qual?

respondeu "Sim" a alguma das perguntas 42 a 50, e com o seu médico antes de começar qualquer atividade física que implique um esforço muito superior àquele que já dispõe.

Nos últimos três meses, passou por alguma experiência (positiva ou negativa) que tenha tido uma forte influência na sua vida?

(251)

1 = sim

2 = não

51.1. Se sim, importa-se de dizer qual?

A lista que se segue apresenta alguns problemas que as pessoas podem ter no seu dia a dia. Leia com atenção cada um dos problemas indicados e escreva a opção que melhor retrata o seu caso. Por favor, responda a todos os itens da lista.

1 = sempre

2 = a maior parte das vezes

3 = bastantes vezes

4 = algumas vezes

5 = poucas vezes

6 = nunca

- sinto-me cansado(a) (252)
- tenho dores durante a noite (253)
- tudo me desanima (254)
- tenho dores insuportáveis (255)
- tomo medicamentos para dormir (256)
- já nem sei o que é sentir-me bem com a vida (257)
- sinto-me nervoso(a), tenso(a) (258)
- tenho dores quando mudo de posição (259)
- sinto-me só (260)
- só consigo caminhar dentro de casa (261)
- tenho dificuldade em baixar-me (262)
- tudo me custa a fazer (263)
- acordo muito cedo e tenho dificuldade em voltar a adormecer (264)
- não consigo mesmo andar (265)
- custa-me estar com outras pessoas (266)
- os dias parecem-me nunca mais acabar (267)
- tenho dificuldade a subir ou descer escadas ou degraus (268)

- tenho dificuldade em chegar às coisas (269)
- tenho dores ao andar (270)
- perco a paciência com facilidade (271)
- sinto que não posso contar com ninguém (272)
- passo a maior parte da noite acordado(a) (273)
- sinto que estou a perder o controlo (274)
- tenho dores quando estou de pé (275)
- tenho dificuldade em vestir-me (276)
- estou a ficar sem forças (277)
- tenho dificuldade em estar de pé durante muito tempo (por ex^o, em frente ao lava-loiça ou à espera do autocarro) (278)
- as dores não me largam (279)
- levo muito tempo a adormecer (280)
- sinto que sou um peso para as outras pessoas (281)
- as preocupações não me deixam dormir (282)
- sinto que não vale a pena viver (283)
- durmo mal de noite (284)
- tem sido difícil dar-me com as pessoas (285)
- preciso de ajuda para andar quando estou fora de casa (por ex^o, uma bengala ou o braço de alguém) (286)
- tenho dores ao subir ou descer escadas ou degraus (287)
- sinto-me deprimido(a) ao acordar (288)
- tenho dores quando estou sentado(a) (289)

53. Agora, indique até que ponto é que cada uma das seguintes actividades do dia-a-dia está a ser afectada pelo seu estado de saúde em geral.

1 = absolutamente nada

2 = um pouco

3 = moderadamente

4 = bastante

5 = imenso

O seu estado de saúde está a interferir com as seguintes actividades:

- emprego (290)
- cuidar da casa (limpar, cozinhar, fazer pequenas reparações, etc.) (291)
- vida social (sair com amigos, ...) (292)
- vida familiar (293)
- vida sexual (294)
- passatempos/actividades de lazer (295)
- férias (296)

Exercice physique et bien-être

Bruxelles, septembre 1998

Chère Madame,
Cher Monsieur,

L'Association des Consommateurs Test-Achats est une organisation indépendante et sans but lucratif, fondée dans le but de défendre et d'informer les consommateurs belges. Aujourd'hui, Test-Achats compte 300 000 membres et publie trois magazines d'études et de tests comparatifs (Test-Achats Magazine, Budget & Droit et Test-Santé).

Test-Achats mène actuellement une étude sur les activités physiques de la population belge. L'activité physique (telle que la marche, le jogging, la pratique d'un sport, etc.) est considérée comme importante pour la santé de tout un chacun. C'est pourquoi il est extrêmement intéressant de connaître les habitudes de la population dans ce domaine.

Même si vous ne pratiquez aucune activité physique, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir compléter le questionnaire. Nous souhaitons pouvoir obtenir un reflet fidèle des habitudes de l'ensemble de la population belge. Pour cette raison, vos réponses sont importantes, que vous exerciez un sport à titre professionnel ou que vous exerciez une activité physique de façon tout à fait occasionnelle.

Ce document est tout à fait confidentiel. Vos réponses seront donc traitées de manière parfaitement anonyme.

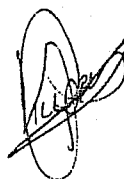
Veuillez lire au préalable la note d'information, au verso de cette lettre, intitulée "quelques instructions pour vous aider à remplir le questionnaire".

Nous vous saurions gré de ne pas tarder à remplir le questionnaire et de le faire parvenir à l'adresse ci-dessus.

Le questionnaire peut être renvoyé au moyen de l'enveloppe-retour ci-jointe (adressée à Test-Achats). Vous ne devez pas l'affranchir.

MERCI D'AVANCE POUR VOTRE PRECIEUSE COLLABORATION !

Cordialement,



Peter Kupers
Responsable du projet

pendant vos temps libres, pratiquez-vous les activités suivantes...

- 1 = chaque fois que vous avez du temps libre
- 2 = durant la plupart de vos temps libres
- 3 = une bonne partie de vos temps libres
- 4 = de temps à autre
- 5 = rarement
- 6 = jamais

Assister à des événements culturels (théâtre, cinéma, concerts, expositions, etc.) (1)

Écrire (2)

Prendre visite à/recevoir des amis ou des membres de la famille (3)

Passer du temps en famille (jeux, conversations, aider les enfants à faire leurs devoirs) (4)

Sortir dans les bars, cafés, manger au restaurant (5)

Faire des courses (6)

Marcher/promener (7)

Pratiquer une activité physique (jogging, sports, etc.) (8)

Autre. Précisez: (9)

Fréquentez-vous ou êtes-vous membre d'un club de fitness? (10)

1 = oui 2 = non

2.1. Si oui, combien de fois par semaine en moyenne vous rendez-vous dans ce club de fitness (pour toutes activités physiques confondues)? [Si vous vous y rendez moins d'une fois par semaine, indiquez "0".] (11) (12)

2.2. Combien de mois par an fréquentez-vous ce centre de fitness (pour toutes activités physiques confondues)? [Si vous vous y rendez moins d'un mois par an, indiquez "0".] (13) (14)

Si vous ne pratiquez pas d'activité physique ou si elle est très faible, passez directement à la question 7.

Avec qui pratiquez-vous habituellement vos exercices physiques? [Cochez au maximum deux des possibilités suivantes.]

- seul (15)
- avec mes collègues de travail (16)
- avec des amis (autres que les collègues de travail) (17)
- avec mon équipe (18)
- avec mon époux(se)/ mon/ma partenaire (19)
- avec mes enfants (20)
- avec d'autres membres de ma famille (21)
- avec d'autres personnes. Précisez: (22)

4. Pourquoi pratiquez-vous des exercices physiques?

[Donnez au maximum trois raisons et classez-les par ordre d'importance.]

Raison principale: (23) (24)

Deuxième raison: (25) (26)

Troisième raison: (27) (28)

- 1 = pour conserver une bonne condition physique
- 2 = pour me détendre, me destresser
- 3 = pour améliorer mon état physique
- 4 = pour augmenter ma confiance en moi
- 5 = pour améliorer mon état mental
- 6 = pour ne pas prendre de poids
- 7 = parce que le médecin me l'a conseillé
- 8 = pour rencontrer des gens
- 9 = par plaisir
- 10 = pour le plaisir de la compétition
- 11 = parce que c'est mon métier
- 12 = pour aucune raison particulière
- 13 = pour une autre raison. Précisez laquelle:

5. A quelle saison/période de l'année pratiquez-vous le plus d'exercice physique? [Donnez au maximum deux réponses.]

Si votre pratique d'un exercice physique ne dépend pas de la saison mais est liée à d'autres raisons, indiquez "0" dans la case de la première possibilité. Si vous pratiquez des exercices physiques tout au long de l'année, indiquez "9".]

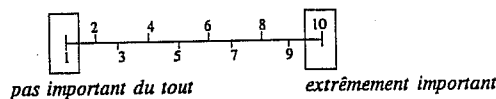
première possibilité: (29)

deuxième possibilité: (30)

- 1 = au printemps
- 2 = en été
- 3 = en automne
- 4 = en hiver

6. Quelle est pour vous l'influence de votre activité physique, sur les aspects suivants?

[Évaluez cette importance au moyen d'une échelle allant de 1 (pas important du tout) à 10 (extrêmement important).]



- votre bien-être général (31) (32)
- votre aspect esthétique, votre look (33) (34)
- votre santé (35) (36)
- votre vie de famille (37) (38)
- votre vie sociale (39) (40)
- votre vie professionnelle (41) (42)

travailler (incluez dans le total vos horaires de travail habituels, ainsi que les heures supplémentaires et le temps passé aux tâches ménagères)

pratiquer de l'exercice physique (par exemple: marcher, faire du jogging, pratiquer un sport, ect.)

pratiquer d'autres activités de loisirs, mais qui ne demandent pas d'exercice physique (par exemple: jeux de société, lecture, écriture, regarder la télévision, bavarder, etc.)

Lundi	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes
Mardi	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes
Mercredi	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes
Jeudi	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes
Vendredi	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes
Samedi	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes
Dimanche	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	<input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes

8. Voudriez-vous pratiquer davantage d'exercice physique que vous ne le faites actuellement? (127)
 1 = oui 2 = non

→ 8.1. Si oui, pourquoi vous est-il difficile de le faire?
 [Donnez au maximum trois raisons qui vous empêchent de pratiquer d'avantage d'activités physiques et classez-les par ordre d'importance.]

raison principale: (128) (129)

seconde raison: (130) (131)

troisième raison: (132) (133)

1. le manque de temps
2. des raisons financières
3. le manque d'infrastructures ou de place
4. le manque d'information sur les possibilités à ma disposition
5. la difficulté d'accès (transport, horaires, etc.)
6. le manque/l'absence d'infrastructures sportives sur le lieu de travail
7. des restrictions imposées par ma famille/mon époux(se)/mon (ma) partenaire
8. le manque d'énergie
9. le manque de motivation
10. des problèmes de santé
11. la peur de se blesser
12. ce n'est pas une de mes priorités
13. pour d'autres raisons. Précisez lesquelles: . . .

9. Laquelle des activités physiques ou sportives suivantes aimeriez-vous pratiquer (ou pratiquer plus souvent)?
 [Donnez au maximum trois raisons qui vous empêchent de pratiquer d'avantage d'activités physiques et classez-les par ordre d'importance.]

1° option: (134) (135)

2° option: (136) (137)

3° option: (138) (139)

1. aérobic
2. sports de combat (boxe, judo, karaté, etc.)
3. athlétisme (course, saut, etc.)
4. badminton
5. basket-ball
6. cyclisme (compétition)
7. cyclotourisme
8. danse (dance de salon, jazz, salsa, ...)
9. équitation
10. fitness (body-building, cardiofitness, vélo home trainer, etc.)
11. football
12. golf
13. gymnastique
14. handball
15. hockey sur gazon, hockey sur glace
16. jogging
17. natation
18. marche
19. patinage sur glace
20. patinage à roulettes
21. rugby
22. ski, snowboarding, ski de fond
23. ski nautique
24. sports moteur
25. sports "à risque" (rappel, deltaplane, plongée sous-marine, etc.)
26. squash
27. surf, planche à voile
28. tai-chi chuan
29. tennis
30. tennis de table
31. voile
32. volley-ball, beach-volley
33. yoga
34. autre: Précisez: . . .

Au travail, êtes-vous souvent assis ? [Par travail, il faut également entendre le temps passé à étudier ou aux tâches ménagères.] (140)

- 1 = non, jamais
- 2 = non, rarement
- 3 = oui, parfois
- 4 = oui, souvent
- 5 = oui, toujours

Au travail, êtes-vous souvent en position debout ? (141)

- 1 = non, jamais
- 2 = non, rarement
- 3 = oui, parfois
- 4 = oui, souvent
- 5 = oui, toujours

Au travail, vous déplacez-vous souvent à pied ? (142)

- 1 = non, jamais
- 2 = non, rarement
- 3 = oui, parfois
- 4 = oui, souvent
- 5 = oui, toujours

Au travail, soulevez-vous souvent des charges lourdes ? (143)

- 1 = non, jamais
- 2 = non, rarement
- 3 = oui, parfois
- 4 = oui, souvent
- 5 = oui, toujours

Après le travail, vous sentez-vous souvent fatigué ? (144)

- 1 = non, jamais
- 2 = non, rarement
- 3 = oui, parfois
- 4 = oui, souvent
- 5 = oui, toujours

Au travail, transpirez-vous souvent (en raison de vos tâches professionnelles) ? (145)

- 1 = non, jamais
- 2 = non, rarement
- 3 = oui, parfois
- 4 = oui, souvent
- 5 = oui, toujours

En comparaison avec les autres personnes de votre âge, pensez-vous que votre travail est... (146)

[Par travail, il faut également entendre le temps passé à étudier ou aux tâches ménagères.]

- 1 = beaucoup plus lourd physiquement
- 2 = plus lourd physiquement
- 3 = ni plus ni moins lourd physiquement
- 4 = moins lourd physiquement
- 5 = beaucoup moins lourd physiquement

17. **Pratiquez-vous ce sport ?** (147)

1 = non [Passez directement à la question 31]

2 = oui



18. **Si oui, quel sport pratiquez-vous le plus fréquemment ?** [Indiquez un seul des sports suivants.] (148) (149)

1. aérobic
2. sports de combat (boxe, judo, karaté, etc.)
3. athlétisme (course, saut, etc.)
4. badminton
5. basket-ball
6. cyclisme (compétition)
7. cyclotourisme
8. danse (dance de salon, jazz, salsa, ...)
9. équitation
10. fitness (body-building, cardiofitness, vélo home trainer, etc.)
11. football
12. golf
13. gymnastique
14. handball
15. hockey sur gazon, hockey sur glace
16. jogging
17. natation
18. marche
19. patinage sur glace
20. patinage à roulettes
21. rugby
22. ski, snowboarding, ski de fond
23. ski nautique
24. sports moteur
25. sports "à risque" (rappel, deltaplane, plongée sous-marine, etc.)
26. squash
27. surf, planche à voile
28. tai-chi chuan
29. tennis
30. tennis de table
31. voile
32. volley-ball, beach-volley
33. yoga
34. autre: Précisez:

19. **Depuis combien de temps pratiquez-vous ce sport ?**

(150) (151) années (152) (153) mois

Si vous avez commencé à pratiquer ce sport il y a environ un an, veuillez répondre à la question suivante. Sinon, veuillez passer à la question 21.

20. **Comment décririez-vous votre état de santé actuel par rapport à ce qu'il était avant de commencer ce sport ?** (154)

- 1 = nettement meilleur
- 2 = un peu meilleur
- 3 = ni meilleur, ni moins bon
- 4 = un peu moins bon
- 5 = nettement moins bon

21. **Avez-vous consulté un médecin avant de commencer à pratiquer ce sport ?** (155)

- 1 = oui
- 2 = non

Combien d'heures par semaine pratiquez-vous ce sport? (156)

- 1 = moins d'une heure 4 = de 3 à 4 heures
- 2 = de 1 à 2 heures 5 = plus de quatre heures
- 3 = de 2 à 3 heures

Combien de fois par semaine pratiquez-vous ce sport? [Si vous le pratiquez moins d'une fois par semaine, indiquez "0".] (157) (158)

Combien de mois par an pratiquez-vous ce sport? [Si vous le pratiquez moins d'un mois par an, indiquez "0".] (159) (160)

Si vous pratiquez un second sport, quel est-il? Il s'agit ici du second sport le plus pratiqué par vous. [Indiquez un seul des sports suivants. Si vous ne pratiquez pas de second sport, passez directement à la question 31.] (161) (162)

1. aérobic
2. sports de combat (boxe, judo, karaté, etc.)
3. athlétisme (course, saut, etc.)
4. badminton
5. basket-ball
6. cyclisme (compétition)
7. cyclotourisme
8. danse (danse de salon, jazz, salsa, ...)
9. équitation
10. fitness (body-building, cardiofitness, vélo home trainer, etc.)
11. football
12. golf
13. gymnastique
14. handball
15. hockey sur gazon, hockey sur glace
16. jogging
17. natation
18. marche
19. patinage sur glace
20. patinage à roulettes
21. rugby
22. ski, snowboarding, ski de fond
23. ski nautique
24. sports moteur
25. sports "à risque" (rappel, deltaplane, plongée sous-marine, etc.)
26. squash
27. surf, planche à voile
28. tai-chi chuan
29. tennis
30. tennis de table
31. voile
32. volley-ball, beach-volley
33. yoga
34. autre: Précisez:

Depuis combien de temps pratiquez-vous ce deuxième sport?

(163) (164) années (165) (166) mois

Avez-vous consulté un médecin avant de commencer à pratiquer ce deuxième sport? (167)

- 1 = oui 2 = non

Combien d'heures par semaine pratiquez-vous ce deuxième sport? (168)

- 1 = moins de 1 heure 4 = de 3 à 4 heures
- 2 = de 1 à 2 heures 5 = plus de quatre heures
- 3 = de 2 à 3 heures

ce deuxième sport? [Si vous pratiquez moins d'une fois par semaine, indiquez "0".] (169) (170)

30. Combien de mois par an pratiquez-vous ce deuxième sport? [Si vous le pratiquez moins d'un mois par an, indiquez "0".] (171) (172)

31. En comparaison avec les autres personnes de votre âge, pensez-vous faire durant vos loisirs d'exercices physiques? (173)

- 1 = nettement plus d'exercices physiques
- 2 = plus d'exercices physiques
- 3 = autant d'exercices physiques
- 4 = moins d'exercices physiques
- 5 = nettement moins d'exercices physiques

32. Durant vos loisirs, êtes-vous souvent en transpiration à cause de vos activités physiques? (174)

- 1 = non, jamais
- 2 = non, rarement
- 3 = oui, parfois
- 4 = oui, souvent
- 5 = oui, toujours

33. Durant vos loisirs, faites-vous souvent du sport? (175)

- 1 = non, jamais
- 2 = non, rarement
- 3 = oui, parfois
- 4 = oui, souvent
- 5 = oui, toujours

34. Durant vos loisirs, regardez-vous souvent la télévision? (176)

- 1 = non, jamais
- 2 = non, rarement
- 3 = oui, parfois
- 4 = oui, souvent
- 5 = oui, toujours

35. Durant vos loisirs, vous promenez-vous souvent? (177)

- 1 = non, jamais
- 2 = non, rarement
- 3 = oui, parfois
- 4 = oui, souvent
- 5 = oui, toujours

36. Durant vos loisirs, faites-vous souvent de la bicyclette? (178)

- 1 = non, jamais
- 2 = non, rarement
- 3 = oui, parfois
- 4 = oui, souvent
- 5 = oui, toujours

37. Quelle est la durée totale de vos déplacements à pied et/ou à vélo sur le trajet du travail ou de l'école, ou pour faire vos achats (en minutes)? (179)

- 1 = moins de 5 minutes
- 2 = entre 5 et 15 minutes
- 3 = entre 15 et 30 minutes
- 4 = entre 30 et 45 minutes
- 5 = plus de 45 minutes

Etes-vous affecté de façon grave par l'un ou l'autre problème de santé? (250)

1 = oui 2 = non

50.1. Si oui, lequel?

Si vous avez répondu "oui" à une ou plusieurs questions de 42 à 50, il serait bon de consulter un médecin avant de vous lancer éventuellement dans une activité physique plus intense.

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous vécu un événement qui a fortement influencé votre vie (positivement ou négativement)? (251)

1 = oui 2 = non

51.1. Si oui, pourriez-vous préciser de quel événement il s'agit?

Voici une liste de problèmes qui peuvent survenir dans la vie quotidienne. Indiquez pour chacun d'entre eux dans quelle mesure vous y êtes confronté.

- 1 = tout le temps
- 2 = la plupart du temps
- 3 = souvent
- 4 = parfois
- 5 = rarement
- 6 = jamais

- je me sens fatigué (252)
- j'éprouve des douleurs durant la nuit (253)
- tout me décourage (254)
- j'ai des douleurs insoutenables (255)
- je prends des comprimés pour dormir (256)
- j'ai oublié ce que s'amuser veut dire (257)
- je me sens tendu (258)
- changer de position me fait mal (259)
- je me sens seul (260)
- je ne peux me promener qu'à l'intérieur (261)
- j'ai du mal à me pencher (262)
- tout me semble un effort (263)
- je me réveille trop tôt le matin sans parvenir à me rendormir (264)
- je ne peux pas marcher du tout (265)
- j'éprouve des difficultés à rester en compagnie d'autres personnes (266)
- les journées me semblent longues (267)
- j'éprouve des difficultés à monter ou descendre les escaliers (268)
- j'ai du mal à m'étendre pour atteindre les objets (269)
- marcher m'occasionne des douleurs (270)

- je me mets facilement en colère (271)
- j'ai l'impression de n'avoir personne qui me soit proche (272)
- je reste éveillé pendant la plus grande partie de la nuit (273)
- j'ai l'impression de perdre le contrôle des choses (274)
- se mettre debout me fait mal (275)
- j'éprouve des difficultés pour m'habiller (276)
- je m'épuise facilement (277)
- j'ai du mal à rester longtemps en position debout (par exemple pour faire la vaisselle, attendre le bus, etc.) (278)
- j'éprouve des douleurs en permanence (279)
- je mets longtemps à m'endormir (280)
- j'ai l'impression d'être un fardeau pour les autres (281)
- les soucis me tiennent éveillé la nuit (282)
- pour moi, la vie ne vaut pas la peine d'être vécue (283)
- je dors mal la nuit (284)
- j'ai du mal à m'entendre avec les autres (285)
- j'ai besoin d'assistance lorsque je veux me promener à l'extérieur (aide d'une personne ou aide matérielle) (286)
- monter et descendre les escaliers me fait du mal (287)
- je me réveille déprimé (288)
- être assis me fait mal (289)

53. Certaines activités de votre vie peuvent être affectées par vos problèmes de santé. Indiquez dans quelle mesure vos problèmes de santé influencent les activités suivantes.

- 1 = aucune influence
- 2 = influence légère
- 3 = influence modérée
- 4 = influence importante
- 5 = influence extrêmement importante

Votre état de santé actuel vous occasionne-t-il des problèmes...

- au travail (emploi salarié)? (290)
- pour vous occuper de la maison (nettoyer, cuisiner, réparer, tâches ménagères diverses)? (291)
- dans votre vie sociale (sortir, rencontrer des amis, boire un verre, etc.)? (292)
- dans votre vie familiale? (293)
- dans votre vie sexuelle? (294)
- pour vos passe-temps, vos centres d'intérêts (sport, artisanat, bricolage, etc.)? (295)
- dans vos vacances (d'été ou d'hiver, week-ends d'excursion, etc.)? (296)

54. Vous êtes? (297)
 1 = une femme
 2 = un homme

55. Quel est votre âge? ans
 (298) (299)

56. Quel est votre taille? m cm
 (300) (301) (302)

57. Quel est votre poids? kg
 (303) (304) (305)

58. Quel est votre état civil? (306)
 1 = marié/cohabitant
 2 = célibataire
 3 = veuf/veuve
 4 = divorcée/séparé de fait

59. Avez-vous des enfants? (307)
 1 = oui 2 = non [passez à la question 60]

→ 59.1. Si oui, combien? (308) (309)

59.2. Quel âge ont le plus jeune et le plus âgé de vos enfants?

a) le plus jeune [Complétez également si vous n'avez qu'un enfant. S'il a moins d'un an, indiquez "99".] an(s)
 (310) (311)

b) le plus âgé ans
 (312) (313)

60. Quelle est votre formation scolaire? (314)
 [Mentionnez la plus haute formation que vous avez obtenue.]

- 1 = enseignement primaire [terminé ou non]
- 2 = enseignement secondaire inférieur professionnel
- 3 = enseignement secondaire inférieur technique
- 4 = enseignement secondaire inférieur général
- 5 = enseignement secondaire supérieur professionnel
- 6 = enseignement secondaire supérieur technique
- 7 = enseignement secondaire supérieur général
- 8 = enseignement supérieur non universitaire
- 9 = niveau universitaire (ou équivalent)

61. Classement en fonction de l'activité professionnelle. (315)

- 1 = professionnellement actif [salaire ou revenus d'indépendant d'origine professionnelle]
- 2 = étudiant
- 3 = pensionné
- 4 = homme/femme au foyer
- 5 = momentanément à la recherche d'un emploi
- 6 = autre possibilité [décrivez]:

62. Uniquement si professionnellement actif. [Si vous avez répondu -1- à la question 61, sinon passez à la question 65.]

62a. Travaillez-vous à temps plein ou à temps partiel? (316)
 1 = temps plein 2 = temps partiel

62b. Quel est votre statut professionnel? (317) (318)
 1 = ouvrier
 2 = employé [cadre inférieur/moyen]
 3 = employé [cadre supérieur, membre de la direction]
 4 = agriculteur/pêcheur/bûcheron
 5 = indépendant [autre que "profession libérale"]
 6 = profession libérale
 7 = militaire de carrière
 8 = carrière académique supérieure [magistrat, professeur d'université]
 9 = apprenti/apprentie
 10 = aide/aidante
 11 = autre [décrivez]:

63. Votre profession est-elle liée au secteur de la santé? (319)
 1 = oui 2 = non

64. Exercez-vous une profession dans le domaine sportif? (320)
 1 = oui 2 = non

65. Habitez-vous une zone... (321)
 1 = urbaine
 2 = semi-urbaine
 3 = rurale

66. Quel est le code postal de votre commune/ville? (322) (323) (324) (325)

[Code du pays]

Esercizio fisico e benessere

Milano, settembre 1998

Gent. Signora/e,

Il Comitato Consumatori Altroconsumo è un'associazione indipendente e senza scopo di lucro, nata per la difesa e l'informazione dei consumatori italiani. Attualmente il Comitato Consumatori Altroconsumo conta più di 300.000 soci in tutta Italia e pubblica 3 riviste di test comparativi e inchieste (Altroconsumo, Soldi & Diritti e Salutest).

Il Comitato Consumatori Altroconsumo in collaborazione con altre associazioni di consumatori europee sta conducendo uno studio sulle **attività fisiche** svolte dagli italiani.

L'esercizio fisico (come ad esempio camminare, fare sport, fare jogging, ...) è infatti legato in modo importante alla salute. Per questo motivo è estremamente importante conoscere le abitudini degli italiani riguardo questo aspetto.

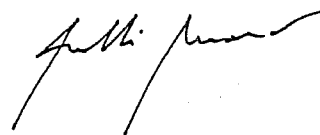
Anche se non pratica nessuna attività fisica/sport particolare, la preghiamo di compilare comunque il questionario. Siamo interessati infatti ad ottenere un'immagine reale delle abitudini di tutti gli italiani e per questo motivo è importante la risposta di tutti.

Il Suo nominativo è stato selezionato casualmente dagli elenchi del telefono.

Il questionario è anonimo. La preghiamo pertanto di non firmare e di non aggiungere alcun dato personale che consenta la Sua identificazione. Le risposte ci perverranno così in forma anonima, e saranno utilizzate a fini di indagine statistica.

Le saremmo grati se potesse trovare un po' di tempo per compilare il questionario e rispedircelo **al più presto possibile, utilizzando la busta preaffrancata allegata.**

Ringraziandola anticipatamente per la collaborazione, cogliamo l'occasione per porgerle i nostri migliori saluti.



Marco Anelli
Indagini statistiche
Altroconsumo

Al lavoro, quanto spesso sta seduta/o? [Per lavoro, consideri anche lo studio e i lavori domestici.]

(140)

- 1 = mai
- 2 = raramente
- 3 = qualche volta
- 4 = spesso
- 5 = sempre

Al lavoro, quanto spesso sta in piedi?

(141)

- 1 = mai
- 2 = raramente
- 3 = qualche volta
- 4 = spesso
- 5 = sempre

Al lavoro, quanto spesso cammina?

(142)

- 1 = mai
- 2 = raramente
- 3 = qualche volta
- 4 = spesso
- 5 = sempre

Al lavoro, quanto spesso solleva oggetti pesanti?

(143)

- 1 = mai
- 2 = raramente
- 3 = qualche volta
- 4 = spesso
- 5 = sempre

Dopo il lavoro, quanto spesso si sente stanca/o?

(144)

- 1 = mai
- 2 = raramente
- 3 = qualche volta
- 4 = spesso
- 5 = molto spesso

Al lavoro, quanto spesso suda, a causa delle sue mansioni?

(145)

- 1 = mai
- 2 = raramente
- 3 = qualche volta
- 4 = spesso
- 5 = molto spesso

Rispetto alle altre persone della sua età, pensa chi il suo lavoro sia fisicamente...

(146)

- 1 = molto più pesante
- 2 = più pesante
- 3 = ugualmente pesante
- 4 = più leggero
- 5 = molto più leggero

17. Pratica sport?

(147)

- 1 = no [Vada direttamente alla domanda 31.]
- 2 = sì



18. Se sì, quale sport pratica più frequentemente? [Scelga solo uno sport.]

(148) (149)

1. aerobica
2. arti marziali (judo, karate, ...)
3. atletica leggera
4. basket (pallacanestro)
5. boxe
6. caccia e pesca
7. calcio
8. calcio a 5 (calcetto)
9. ciclismo
10. cicloturismo
11. danza
12. esercizi di fitness (body building, step, cyclette, cardiofitness, ...)
13. free climbing
14. ginnastica
15. jogging
16. marcia/camminate
17. pallamano
18. pallavolo
19. pattinaggio
20. ping-pong
21. rugby
22. sci
23. sport estremi (deltaplano, paracadutismo, ...)
24. sport motoristici
25. sport subacquei
26. squash
27. surf, windsurf
28. tennis
29. yoga
30. altro. Quale?

19. Da quanti anni/mesi pratica questo sport?

(150) (151) anno/i
(152) (153) mese/i

Se ha iniziato a praticare questo sport circa un anno fa, risponda alla seguente domanda; altrimenti vada alla domanda 21.

20. Rispetto a prima di iniziare a praticare questo sport, come valuterebbe la sua salute in generale adesso?

(154)

- 1 = decisamente migliore adesso
- 2 = un po' migliore adesso
- 3 = più o meno uguale
- 4 = un po' peggiore adesso
- 5 = molto peggiore adesso

21. E' stata/o visitata/o da un medico prima di iniziare a praticare questo sport?

(155)

- 1 = sì
- 2 = no

Quante ore alla settimana pratica questo sport? (156)

- 1 = meno di un'ora
- 2 = da 1 fino a 2 ore
- 3 = da 2 fino a 3 ore
- 4 = da 3 fino a 4 ore
- 5 = più di 4 ore

Quante volte alla settimana pratica questo sport? [Per favore indichi "0" se lo pratica meno di una volta alla settimana.] (157) (158)

Quanti mesi all'anno pratica questo sport? [Per favore indichi "0" se lo pratica meno di un mese di anno.] mese/i (159) (160)

Se pratica un secondo sport, qual è (dopo il primo) quello che fa più frequentemente? [Ne scelga solo uno. Se non pratica un secondo sport, vada direttamente alla domanda 31.] (161) (162)

1. aerobica
2. arti marziali (judo, karate, ...)
3. atletica leggera
4. basket (pallacanestro)
5. boxe
6. caccia e pesca
7. calcio
8. calcio a 5 (calcetto)
9. ciclismo
10. cicloturismo
11. danza
12. esercizi di fitness (body building, step, cyclette, cardiofitness, ...)
13. free climbing
14. ginnastica
15. jogging
16. marcia/camminate
17. pallamano
18. pallavolo
19. pattinaggio
20. ping-pong
21. rugby
22. sci
23. sport estremi (deltaplano, paracadutismo, ...)
24. sport motoristici
25. sport subacquei
26. squash
27. surf, windsurf
28. tennis
29. yoga
30. altro. Quale?

6. Da quanti anni/mesi pratica questo secondo sport?

anno/i mese/i
(163) (164) (165) (166)

7. E' stata/o visitata/o da un medico prima di iniziare a praticare questo secondo sport? (167)

- 1 = sì
- 2 = no

8. Quante ore alla settimana pratica questo secondo sport? (168)

- 1 = meno di un'ora
- 2 = da 1 fino a 2 ore
- 3 = da 2 fino a 3 ore
- 4 = da 3 fino a 4 ore
- 5 = più di 4 ore

29. Quante volte alla settimana pratica questo sport? [Per favore indichi "0" se lo pratica meno di una volta alla settimana.] (169) (170)

30. Quanti mesi all'anno pratica questo secondo sport? [Per favore indichi "0" se lo pratica meno di un mese di anno.] mese/i (171) (172)

31. Rispetto alle altre persone della sua età, pensa che la quantità di esercizio fisico che lei fa durante il tempo libero sia... (173)

- 1 = molto di più
- 2 = di più
- 3 = la stessa
- 4 = di meno
- 5 = molto di meno

32. Durante il suo tempo libero, quanto spesso suda a causa dell'esercizio fisico che fa? (174)

- 1 = mai
- 2 = raramente
- 3 = qualche volta
- 4 = spesso
- 5 = molto spesso

33. Durante il suo tempo libero, quanto spesso pratica sport? (175)

- 1 = mai
- 2 = raramente
- 3 = qualche volta
- 4 = spesso
- 5 = molto spesso

34. Durante il suo tempo libero, quanto spesso guarda la televisione? (176)

- 1 = mai
- 2 = raramente
- 3 = qualche volta
- 4 = spesso
- 5 = molto spesso

35. Durante il suo tempo libero, quanto spesso cammina/fa una passeggiata? (177)

- 1 = mai
- 2 = raramente
- 3 = qualche volta
- 4 = spesso
- 5 = molto spesso

36. Durante il suo tempo libero, quanto spesso va in bicicletta/cyclette? (178)

- 1 = mai
- 2 = raramente
- 3 = qualche volta
- 4 = spesso
- 5 = molto spesso

37. Quanti minuti al giorno in totale, cammina e/o va in bicicletta, per andare/venire al/dal lavoro, scuola, e fare le spesa? (179)

- 1 = meno di 5 minuti
- 2 = da 5 fino a 15 minuti
- 3 = da 15 fino a 30 minuti
- 4 = da 30 fino a 45 minuti
- 5 = più di 45 minuti

Ha qualche problema di salute/medico, che la affligge in modo serio?

(250)

1 = sì 2 = no

50.1. Se sì, quale?

a: Se ha risposto "Sì" anche a una sola delle domande dalla 42 alla 50, potrebbe essere importante parli con il suo medico prima di iniziare a tentare fisicamente più attiva/o.

Negli ultimi tre mesi, è successo qualche fatto/evento che ha avuto una forte influenza sulla sua vita (sia in senso positivo che negativo)?

(251)

1 = sì 2 = no

51.1. Se sì, può per favore dire quale è stato?

La lista sottostante riguarda alcuni problemi che si possono avere nella vita di tutti i giorni. Legga la lista attentamente e metta nelle caselle relative il numero che, di volta in volta, corrisponde meglio alla sua situazione attuale. Per favore risponda per ogni voce della lista.

- 1 = sempre
- 2 = la maggior parte delle volte
- 3 = una buona parte delle volte
- 4 = alcune volte
- 5 = raramente
- 6 = mai

- mi sento stanca/o in questo periodo (252)
- di notte ho dolori (253)
- i miei problemi mi buttano giù (254)
- ho dolori insopportabili (255)
- per dormire ho bisogno di prendere medicine (256)
- e' da tanto tempo che non riesco più a divertirmi (257)
- ho i nervi a fior di pelle (258)
- quando cambio posizione sento dolori (alzarsi dalla sedia, girarsi nel letto, ecc.) (259)
- mi sento sola/o (260)
- riesco a muovermi solo in casa (261)
- faccio fatica a piegarmi (262)
- mi pesa fare qualsiasi cosa (263)
- mi sveglio troppo presto al mattino e non riesco più a prendere sonno (264)
- sono completamente incapace di camminare (265)
- mi è difficile stabilire rapporti con altre persone (266)
- le giornate me sembrano interminabili (267)
- trovo difficoltà a salire o scendere le scale (268)
- faccio fatica ad allungare le braccia per prendere cose (269)

- perdo facilmente la calma (270)
- sento che nessuno mi è veramente vicino, non posso contare su nessuno (271)
- resto sveglia/o per quasi tutta la notte (272)
- sento che sto per perdere il controllo di me stessa/o (273)
- quando sto ferma/o in piedi ho dolori (274)
- faccio fatica a vestirmi da sola/o (275)
- mi stanco presto (276)
- faccio fatica a stare ferma/o in piedi a lungo (per es. per lavare i piatti, aspettare l'autobus, ecc.) (277)
- ho sempre dolori (278)
- ci metto tanto tempo a prendere sonno (279)
- mi sento di peso agli altri (280)
- le preoccupazioni mi tengono sveglia/o tutta la notte (281)
- ho poco interesse a continuare a vivere (282)
- di notte dormo male (283)
- mi sta diventando difficile andare d'accordo con gli altri (284)
- per andare fuori ho bisogno di qualche sostegno (per es. bastone, accompagnatore, ecc.) (285)
- salire o scendere le scale mi provoca dolore (286)
- al mattino mi alzo di malumore (287)
- quando sto seduta/o ho dolori (288)

53. Ora la preghiamo di pensare alle attività della sua vita che possono essere influenzate da problemi di salute. Per ognuna delle attività che appaiono nella lista seguente, dica quanto questa è influenzata dal suo stato di salute.

- 1 = per niente
- 2 = leggermente
- 3 = moderatamente
- 4 = abbastanza
- 5 = estremamente

Il suo stato di salute (fisica o psichica) le provoca problemi per quanto riguarda ...

- ... il lavoro (attività retribuita)? (290)
- ... cura e manutenzione della casa (per es. pulizie, cucina, lavori di riparazione, ecc.)? (291)
- ... vita sociale? (292)
- ... vita familiare (rapporti con le altre persone che vivono in casa)? (293)
- ... vita sessuale? (294)
- ... interessi e hobby (per es. sport e attività creative)? (295)
- ... vacanze (ferie estive e invernali, viaggi di fine settimana)? (296)

Di che sesso è?

(297)

1. femminile
2. maschile

Quanti anni ha?

 anni
(298) (299)

Qual è la sua altezza?

 m cm
(300) (301) (302)

Qual è la suo peso?

 kg
(303) (304) (305)

Qual è il suo stato civile?

(306)

- 1 = sposata/o o convivente
- 2 = nubile/celibe
- 3 = divorziata/o o separata/o
- 4 = vedova/o

Ha figli?

(307)

1. sì
2. no [Vada direttamente alla domanda 60]

59.1. Se sì, quanti?

(308) (309)

59.2. Quanti anni hanno la/il figlia/o più giovane e quella/o più vecchia/o?

a) la/il più giovane [Compili qui anche se ha solo un/a figlio/a. Se ha meno di un anno, scriva "99".]

 anno/i
(310) (311)

b) la/il più vecchia/o

 anni
(312) (313)

Quale titolo di studio ha conseguito?

(314)

- 1 = nessun titolo
- 2 = licenza elementare
- 3 = licenza di scuola media inferiore (o licenza di avviamento professionale)
- 4 = licenza di scuola media superiore
- 5 = diploma universitario
- 6 = laurea

61. Qual è la sua professione?

(315) (316)

- 1 = operaia/o semplice o specializzata/o
- 2 = impiegata/o, tecnico
- 3 = arruolato nell'esercito/forze dell'ordine
- 4 = direttivo, quadro
- 5 = dirigente
- 6 = lavoratore autonomo, commerciante, artigiano
- 7 = sportivo professionista
- 8 = libero professionista (medico, avvocato, ...)
- 9 = imprenditore
- 10 = pensionata/o
- 11 = casalinga
- 12 = attualmente disoccupata/o
- 13 = altro:

62. La sua professione è attinente al campo della salute?

(317)

- 1 = sì
- 2 = no

63. La sua professione è attinente allo sport/attività fisica?

(318)

- 1 = sì
- 2 = no

64. In che tipo di zona vive?

(319)

- 1 = urbana
- 2 = rurale

65. Qual è il suo codice postale?

(320) (321) (322) (323) (324)

[Codice nazione]

(325)

Fysieke activiteit en Welzijn

Brussel, september 1998

Geachte Mevrouw,
Geachte Heer,

De Verbruikersunie Test Aankoop is een onafhankelijke organisatie die zich tot doel stelt de Belgische consumenten te verdedigen en te informeren. Momenteel telt Test Aankoop zo'n 300.000 leden en publiceert 3 tijdschriften waarin naast enquêtes vergelijkende tests van produkten en diensten worden gepubliceerd (Test-Aankoop Magazine, Budget en Recht, Test-Gezondheid).

De Verbruikersunie Test-Aankoop voert momenteel een onderzoek uit naar de fysieke activiteiten van de Belgische bevolking. Aan fysieke activiteit (bv. wandelen, joggen, sportbeoefening enz.) wordt een groot belang toegekend voor ieders gezondheid. Daarom is het van uitzonderlijk belang om de gewoonten te kennen van onze bevolking op dit vlak.

Zelfs als u geen enkele fysieke activiteit uitvoert, zouden we u toch willen vragen om deze vragenlijst in te vullen. Wij willen namelijk een goed beeld krijgen over de gewoonten van de gehele bevolking. Daartoe zijn uw antwoorden zeer belangrijk, of u nu een professionele sportbeoefenaar bent of slechts zeer sporadisch enige fysieke activiteit uitvoert.

De vragenlijst is naamloos en uw antwoorden zijn volledig vertrouwelijk. Het spreekt vanzelf dat bij het verwerken van de resultaten de volstrekte anonimiteit gewaarborgd wordt.

Het invullen van de vragenlijst is eenvoudig. Ze is zo opgesteld dat u ze in een kwartiertje kunt beantwoorden. Gelieve voorafgaandelijk de nota "waarop te letten bij het invullen van de vragenlijst" op de keerzijde van deze brief te lezen.

Mogen wij u vragen de vragenlijst zo vlug mogelijk in te vullen.

Het vragenformulier kan via de bijgevoegde retourenveloppe worden teruggestuurd (aan de Belgische Verbruikersunie Test Aankoop). U hoeft er geen postzegel op te plakken.

WE DANKEN U ALVAST VOOR UW MEDEWERKING !



Peter Kupers
Projectverantwoordelijke

Hoe vaak voert u elk van de volgende activiteiten uit tijdens uw vrije tijd?

- 1 = telkens ik vrije tijd heb
- 2 = meestal als ik vrije tijd heb
- 3 = tijdens een goed deel van mijn vrije tijd
- 4 = een deel van mijn vrije tijd
- 5 = zelden
- 6 = nooit

bijwonen van culturele evenementen (theater/bioscoop, concerten, tentoonstellingen, ...) (1)

lezen/schrijven (2)

bezoeken/uitnodigen van vrienden en familieleden (3)

in gezelschap van het gezin vertoeven (spelen, praten, de kinderen helpen bij het huiswerk, ...) (4)

naar het café of het restaurant gaan (5)

winkelen (6)

wandelen/kuieren (7)

bewegen (bv. jogging, sportbeoefening, ...) (8)

andere: (9)

Bent u een bezoeker of lid van een fitnesscentrum? (10)

1 = ja 2 = nee

2.1. Indien ja, hoe vaak per week trekt u dan gemiddeld naar het fitnesscentrum om te oefenen? [Is het antwoord minder dan één keer per week, vul dan "0" in.] (11) (12)

2.2. Hoeveel maanden per jaar bezoekt u het fitnesscentrum om te oefenen? [Is het antwoord minder dan één maand per jaar, vul dan "0" in.] (13) (14)

neemt u geen enkele lichaamsbeweging, ga dan onmiddellijk naar vraag 7.

Met wie neemt u gewoonlijk lichaamsbeweging? [Kruis maximum twee van de volgende mogelijkheden aan.]

- ik doe het alleen (15)
- met werkmakers, collega's van het werk (16)
- met vrienden (andere dan de werkmakers) (17)
- met mijn club (18)
- met mijn partner (19)
- met mijn kind(eren) (20)
- met andere familieleden (21)
- met andere personen. Wie? (22)

4. Waarom neemt u lichaamsbeweging? [Duid maximum drie redenen aan. Als u er meer dan één aangeeft, plaats ze dan in volgorde van belangrijkheid.]

1^e reden: (23) (24)

2^e reden: (25) (26)

3^e reden: (27) (28)

- 1 = om mijn conditie op peil te houden
- 2 = als ontspanning tegen stress
- 3 = om mijn fysieke toestand te verbeteren
- 4 = om mijn zelfvertrouwen te vergroten
- 5 = om mijn geestelijke gezondheid te verbeteren
- 6 = om mijn gewicht onder controle te houden
- 7 = op doktersadvies
- 8 = vanwege het sociale karakter (om met andere mensen samen te zijn)
- 9 = voor het plezier/het amusement
- 10 = voor het plezier van de competitie
- 11 = het is mijn job/werk
- 12 = geen bijzondere reden
- 13 = om (een) andere reden(en). Welke?

5. In welke periode(s)/seizoen(en) van het jaar oefent u meer dan anders? [Kies maximum twee periodes/seizoenen. Als de frequentie van uw lichaamsbeweging niet afhankelijk is van een of andere periode/seizoen, maar van andere factoren, vul dan "0" in bij de 1^e optie. Als u het hele jaar door even actief bent, vul dan "9" in bij de 1^e optie.]

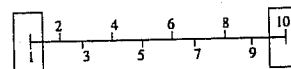
1^e optie: (29)

2^e optie: (30)

- 1 = in de lente
- 2 = in de zomer
- 3 = in de herfst
- 4 = in de winter

6. Hoe belangrijk vindt u fysieke activiteit voor...

[Gebruik hierbij een schaal van 1 (helemaal niet belangrijk) tot 10 (uitermate belangrijk).]



helemaal niet belangrijk

uitermate belangrijk

- uw algemeen welzijn? (31) (32)
- uw uiterlijk? (33) (34)
- uw gezondheid? (35) (36)
- uw gezinsleven? (37) (38)
- uw sociaal leven? (39) (40)
- uw beroepsleven? (41) (42)

... werken (ga uit van uw normaal werkschema samen met het gemiddeld aantal overuren; reken ook de huiselijke taken mee)?

... lichaamsbeweging (bv. wandelen, joggen, sportbeoefening, ...)?

... overige vrije tijdsbesteding (waarvoor geen lichamelijke inspanning vereist is, zoals gezelschapsspellen spelen, lezen/schrijven, tv kijken, praten, ...)?

Maandag

uren minuten
(43) (44) (45) (46)

uren minuten
(47) (48) (49) (50)

uren minuten
(51) (52) (53) (54)

Dinsdag

uren minuten
(55) (56) (57) (58)

uren minuten
(59) (60) (61) (62)

uren minuten
(63) (64) (65) (66)

Woensdag

uren minuten
(67) (68) (69) (70)

uren minuten
(71) (72) (73) (74)

uren minuten
(75) (76) (77) (78)

Donderdag

uren minuten
(79) (80) (81) (82)

uren minuten
(83) (84) (85) (86)

uren minuten
(87) (88) (89) (90)

Vrijdag

uren minuten
(91) (92) (93) (94)

uren minuten
(95) (96) (97) (98)

uren minuten
(99) (100) (101) (102)

Zaterdag

uren minuten
(103) (104) (105) (106)

uren minuten
(107) (108) (109) (110)

uren minuten
(111) (112) (113) (114)

Zondag

uren minuten
(115) (116) (117) (118)

uren minuten
(119) (120) (121) (122)

uren minuten
(123) (124) (125) (126)

Zou u nog meer tijd willen besteden aan lichaamsbeweging? (127)

1 = ja

2 = nee

8.1. Indien ja, waarom is het dan moeilijk om meer te oefenen dan u reeds doet? [Kies maximum drie redenen die u beletten om meer te oefenen. Als u er meer dan één aanduidt, plaats ze dan in volgorde van belangrijkheid.]

1^e reden:
(128) (129)

2^e reden:
(130) (131)

3^e reden:
(132) (133)

1. tijdgebrek
2. financiële redenen
3. gebrek aan beschikbare infrastructuur/plaats/omgeving
4. gebrek aan informatie over waar men kan oefenen
5. moeilijkheden om er te geraken (transport, tijdschema, ...)
6. geen/slechte sportmogelijkheden op het werk
7. beperkingen opgelegd door gezin/partner
8. gebrek aan energie
9. gebrek aan motivatie
10. vanwege gezondheidsproblemen
11. schrik voor blessures
12. het is geen prioriteit voor mij
13. om andere redenen. Welke?

9. Welke van de volgende fysieke of sportactiviteiten zou u willen beginnen te beoefenen (of vaker beoefenen)? [Duid maximum drie activiteiten aan. Duidt u er meer dan één aan, gelieve ze dan in volgorde van belangrijkheid te plaatsen.]

1^e optie:
(134) (135)

2^e optie:
(136) (137)

3^e optie:
(138) (139)

1. aerobics
2. atletiek (lopen, springen ...)
3. badminton
4. basketbal
5. dansen (ballroom, jazzdance, salsa ...)
6. fietsen (competitief)
7. fitness (body building, cardiofitness, fietsen, steppen ...)
8. gemotoriseerde sporten
9. gevechtssporten (boksen, judo, karate ...)
10. golf
11. gymnastiek
12. handbal
13. hockey, ijshockey
14. ijsschaatsen
15. jogging
16. paardrijden
17. "risicovolle" sporten (deltavliegen, bergbeklimmen, diepzeeduiken ...)
18. rugby
19. (inline-)skating
20. skiën, snowboarding, langlaufen
21. squash
22. windsurfing
23. tafeltennis
24. tai-chi chuan
25. tennis
26. voetbal
27. volleybal, beachvolley
28. wandelen
29. waterski
30. wielertoerisme
31. yoga
32. zeilen
33. zwemmen
34. andere. Welke?

Hoe vaak zit u tijdens uw werk? [Onder werk verstaan
ook studeren en huishoudelijke taken.]

(140)

- 1 = nooit
- 2 = zelden
- 3 = soms
- 4 = vaak
- 5 = altijd

Hoe vaak staat u recht tijdens uw werk?

(141)

- 1 = nooit
- 2 = zelden
- 3 = soms
- 4 = vaak
- 5 = altijd

Hoe vaak wandelt u tijdens uw werk?

(142)

- 1 = nooit
- 2 = zelden
- 3 = soms
- 4 = vaak
- 5 = altijd

Hoe vaak tilt u zware gewichten tijdens uw werk?

(143)

- 1 = nooit
- 2 = zelden
- 3 = soms
- 4 = vaak
- 5 = altijd

Hoe vaak voelt u zich vermoeid na uw werk?

(144)

- 1 = nooit
- 2 = zelden
- 3 = soms
- 4 = vaak
- 5 = altijd

Hoe vaak zweet u, ten gevolge van uw
werkzaamheden?

(145)

- 1 = nooit
- 2 = zelden
- 3 = soms
- 4 = vaak
- 5 = altijd

Hoe zwaar beoordeelt u het werk dat u uitoefent,
in vergelijking met dat van uw leeftijdsgenoten?
[Onder werk verstaan wij ook studeren en huishoudelijke taken.]

(146)

- 1 = veel zwaarder
- 2 = zwaarder
- 3 = even zwaar
- 4 = lichter
- 5 = veel lichter

17. Doet u aan sport?

(147)

1 = nee [Ga onmiddellijk naar vraag 31.]

2 = ja



18. Indien ja, welke sport beoefent u dan
het vaakst? [Duid slechts één sport aan.]

(148) (149)

1. aerobics
2. atletiek (lopen, springen ...)
3. badminton
4. basketbal
5. dansen (ballroom, jazzdance, salsa ...)
6. fietsen (competitief)
7. fitness (body building, cardiofitness, fietsen, steppen ...)
8. gemotoriseerde sporten
9. gevechtssporten (boksen, judo, karate ...)
10. golf
11. gymnastiek
12. handbal
13. hockey, ijshockey
14. ijsschaatsen
15. jogging
16. paardrijden
17. "risicovolle" sporten (deltavliegen, berg-
beklimmen, diepzeeduiken ...)
18. rugby
19. (inline-)skating
20. skiën, snowboarding, langlaufen
21. squash
22. windsurfing
23. tafeltennis
24. tai-chi chuan
25. tennis
26. voetbal
27. volleybal, beachvolley
28. wandelen
29. waterski
30. wielertoerisme
31. yoga
32. zeilen
33. zwemmen
34. andere. Welke?

19. Hoeveel jaar/maanden beoefent u deze sport reeds?

jaar maand(en)
(150) (151) (152) (153)

Als u ongeveer een jaar geleden begon met de
beoefening van deze sport, beantwoord dan de
volgende vraag; in het andere geval ga naar vraag 21.

20. Hoe zou u uw huidige gezondheidstoestand
beschrijven, vergeleken met de periode vóór u
met de beoefening van deze sport begon?

(154)

- 1 = nu veel beter
- 2 = nu iets beter
- 3 = ongeveer gelijk
- 4 = nu iets slechter
- 5 = nu veel slechter

21. Raadpleegde u een dokter alvorens met de
beoefening van deze sport te beginnen?

(155)

- 1 = ja
- 2 = nee

Hoeveel uur per week beoefent u deze sport?

- 1 = minder dan 1 uur 4 = tussen 3 en 4 uur
2 = tussen 1 en 2 uur 5 = meer dan 4 uur
3 = tussen 2 en 3 uur

Hoe vaak per week beoefent u deze sport? [Vul "0" in als u deze sport minder dan eenmaal per week beoefent.]

(157) (158)

Hoeveel maanden per jaar beoefent u deze sport? [Vul "0" in als u deze sport minder dan 1 maand per jaar beoefent.]

(159) (160)

Als u nog een andere sport beoefent, welke neemt dan qua frequentie van beoefening de tweede plaats in? [Duid slechts één sport aan. Beoefent u geen tweede sport, ga dan onmiddellijk naar vraag 31.]

(161) (162)

1. aerobics
2. atletiek (lopen, springen ...)
3. badminton
4. basketbal
5. dansen (ballroom, jazzdance, salsa ...)
6. fietsen (competitief)
7. fitness (body building, cardiofitness, fietsen, steppen ...)
8. gemotoriseerde sporten
9. gevechtssporten (boksen, judo, karate ...)
10. golf
11. gymnastiek
12. handbal
13. hockey, ijshockey
14. ijschaatsen
15. jogging
16. paardrijden
17. "risicovolle" sporten (deltavliegen, bergbeklimmen, diepzeeduiken ...)
18. rugby
19. (inline-)skating
20. skiën, snowboarding, langlaufen
21. squash
22. windsurfing
23. tafeltennis
24. tai-chi chuan
25. tennis
26. voetbal
27. volleybal, beachvolley
28. wandelen
29. waterski
30. wielertoerisme
31. yoga
32. zeilen
33. zwemmen
34. andere. Welke?

Hoeveel jaar/maanden beoefent u deze tweede sport reeds?

 jaar maand(en)
(163) (164) (165) (166)

Raadpleegde u een dokter alvorens met de beoefening van deze tweede sport te beginnen?

- 1 = ja 2 = nee

Hoeveel uur per week beoefent u deze tweede sport?

- 1 = minder dan 1 uur 4 = tussen 3 en 4 uur
2 = tussen 1 en 2 uur 5 = meer dan 4 uur
3 = tussen 2 en 3 uur

29. Hoe vaak per week beoefent u deze tweede sport? [Vul "0" in als u deze sport minder dan eenmaal per week beoefent.]

(169) (170)

30. Hoeveel maanden per jaar beoefent u deze tweede sport? [Vul "0" in als u deze sport minder dan 1 maand per jaar beoefent.]

(171) (172)

31. Neemt u vaker lichaamsbeweging in uw vrije tijd dan uw leeftijdsgenoten?

(173)

- 1 = ja, veel vaker
2 = ja, vaker
3 = even vaak
4 = nee, minder vaak
5 = nee, veel minder vaak

32. Hoe vaak zweet u tijdens uw vrije tijd, ten gevolge van lichaamsbeweging?

(174)

- 1 = nooit
2 = zelden
3 = soms
4 = vaak
5 = zeer vaak

33. Hoe vaak sport u tijdens uw vrije tijd?

(175)

- 1 = nooit
2 = zelden
3 = soms
4 = vaak
5 = zeer vaak

34. Hoe vaak kijkt u tv tijdens uw vrije tijd?

(176)

- 1 = nooit
2 = zelden
3 = soms
4 = vaak
5 = zeer vaak

35. Hoe vaak wandelt/kuiert u tijdens uw vrije tijd?

(177)

- 1 = nooit
2 = zelden
3 = soms
4 = vaak
5 = zeer vaak

36. Hoe vaak fietst u tijdens uw vrije tijd?

(178)

- 1 = nooit
2 = zelden
3 = soms
4 = vaak
5 = zeer vaak

37. Hoeveel minuten besteedt u dagelijks in het totaal aan wandelen en/of fietsen van en naar het werk, de school, en om te winkelen?

(179)

- 1 = minder dan 5 minuten
2 = tussen 5 en 15 minuten
3 = tussen 15 en 30 minuten
4 = tussen 30 en 45 minuten
5 = meer dan 45 minuten

Hoeveel geld geeft u gemiddeld uit aan elk van de volgende aspecten in verband met sportbeoefening/ lichaamsbeweging? [Als deze vraag voor u niet van toepassing is, a dan naar vraag 39.]

- lidmaatschapsbijdragen (om sport te kunnen beoefenen)

Bfr.

(180) (181) (182) (183) (184) (185)

- transport/verplaatsingen

Bfr.

(186) (187) (188) (189) (190) (191)

- lessen/training

Bfr.

(192) (193) (194) (195) (196) (197)

- sportkledij/-schoenen

Bfr.

(198) (199) (200) (201) (202) (203)

- uitrusting (andere dan kleren/schoenen)

Bfr.

(204) (205) (206) (207) (208) (209)

- andere uitgaven

Welke?

Bfr.

(210) (211) (212) (213) (214) (215)

per maand

jaarlijks

Gaat u akkoord of niet akkoord met elk van de volgende uitspraken?

- 1 = ik ga niet akkoord
- 2 = ik weet het niet
- 3 = ik ga akkoord

- sporten is bevorderlijk voor de ontwikkeling van een kind (216)
- in het algemeen is sport heilzaam voor jonge mensen (217)
- in het algemeen is sport heilzaam voor volwassenen (leeftijdsgroep van 20 tot 65 jaar) (218)
- in het algemeen is sport heilzaam voor oudere mensen (ouder dan 65 jaar) (219)
- sport verbetert het zelfbeeld/zelfvertrouwen (220)
- sport kan bijdragen tot het verbeteren van de schoolresultaten (221)
- sport ontwikkelt de vaardigheid om in teamverband te werken (222)
- sporten is tijdrovend en neemt veel tijd in beslag die verloren gaat voor school en studie (223)
- sport draagt bij tot de preventie van hart- en vaatziekten (vb. hoge bloeddruk, infarct, enz.) (224)
- sport draagt bij tot de preventie van osteoporose (fragiele en breekbare beenderen) (225)
- sport draagt bij tot de preventie van sommige vormen van diabetes (226)
- sport helpt om het lichaamsgewicht op een gezond peil te houden (227)
- sporten vermindert stress (228)
- sporten verhoogt de fysieke conditie (229)
- sporten leidt vaak tot blessures (230)

- sporten leidt vaak tot spierpijn (231)
- sporten leidt vaak tot gewrichtsproblemen (232)
- van sporten wordt men te gespierd (233)
- na het stoppen met geregelde sportbeoefening kunnen zich ernstige gezondheidsproblemen voordoen (234)
- het is beter eens per week een intensieve fysieke inspanning te leveren (bv. voetballen) dan helemaal niets te doen (235)
- de weldaden van sport verdwijnen als men stopt met geregelde beoefening (236)
- haast dagelijks sporten bij een matige intensiteit heeft dezelfde effecten als slechts enkele keren bij een hoge intensiteit (237)

40. Hoeveel sigaretten rookte u gemiddeld per dag gedurende de jongste drie maanden? [Als u tijdens de jongste 6 maanden stopte met roken, vul dan "99" in. Als u minder dan 1 sigaret per dag rookt, vul dan "0" in. Rookt u helemaal niet, laat dan de vakjes leeg.] (238) (239)

41. Hoeveel uur sliep u gemiddeld per nacht, gedurende de afgelopen drie maanden? (240) (241)

42. Heeft een dokter u ooit verteld dat u een hart- of longkwaal hebt, zodat u enkel onder medisch toezicht mag lichaamsbeweging nemen?
1 = ja 2 = nee (242)

43. Hebt u vaak pijn of een drukkend gevoel in het midden van uw borstkas, het linker deel van uw nek, in uw linker schouder of arm gedurende of vlak na lichaamsbeweging?
1 = ja 2 = nee (243)

44. Hebt u pijn gevoeld in de borst tijdens de afgelopen maand?
1 = ja 2 = nee (244)

45. Verliest u wel eens het bewustzijn of valt u om ten gevolge van duizeligheid?
1 = ja 2 = nee (245)

46. Raakt u zwaar in ademnood na een matige oefening?
1 = ja 2 = nee (246)

47. Raadde uw dokter u aan geneesmiddelen te nemen voor uw bloeddruk of voor uw hartkwaal?
1 = ja 2 = nee (247)

48. Heeft uw dokter u verteld dat u een probleem hebt met beenderen of gewrichten dat door lichaamsbeweging zou kunnen verergeren?
1 = ja 2 = nee (248)

49. Is er een aandoening of een andere fysieke reden die hier nog niet is vermeld, die speciale aandacht vereist in een oefenprogramma?
1 = ja 2 = nee (249)

49.1. Indien ja, welke?

Hebt u een medisch/gezondheidsprobleem dat u in een ernstige mate hindert? (250)

1 = ja 2 = nee

50.1. Indien ja, welke?

Hebt u minstens eenmaal "Ja" geantwoord op de vragen 42 tot 50, kan het nuttig zijn eerst uw dokter te spreken alvorens meer lichaamsbeweging te nemen.

Hebt u de voorbije 3 maanden iets meegemaakt of is er iets gebeurd dat een grote invloed had op uw leven (zowel in positieve als in negatieve zin)? (251)

1 = ja 2 = nee

51.1. Indien ja, kan u dan a.u.b. vermelden over welke gebeurtenis het ging?

In onderstaande lijst worden een aantal problemen opgesomd waarmee mensen soms kampen in hun dagelijks leven. Lees de lijst aandachtig door en vul het nummer in dat het best overeenstemt met uw situatie op dit moment. [Geef een antwoord voor elke situatie.]

- 1 = altijd
- 2 = meestal
- 3 = meer dan eens
- 4 = soms
- 5 = zelden
- 6 = nooit

- ik voel me moe (252)
- ik heb pijn 's nachts (253)
- ik voel me moedeloos (254)
- ik heb ondraaglijke pijn (255)
- ik neem slaappillen (256)
- ik weet niet meer wat het is me te vermaken (257)
- ik voel me gespannen (258)
- ik vind het pijnlijk om van houding te veranderen (259)
- ik voel me eenzaam (260)
- ik kan alleen binnenshuis wandelen (261)
- buigen vind ik lastig (262)
- alles kost moeite (263)
- ik word in de vroege uurtjes al wakker en kan de slaap niet meer vatten (264)
- ik kan niet meer stappen (265)
- ik vind het moeilijk om in gezelschap te blijven met andere mensen (266)
- de dagen lijken zich vooruit te slepen (267)
- trappen op- en aflopen kost me grote moeite (268)
- dingen grijpen vind ik lastig (269)

- ik heb pijn als ik wandel (270)
- ik vlieg makkelijk uit (271)
- het lijkt alsof ik niemand meer heb die me nabij is (272)
- ik lig het grootste deel van de nacht wakker (273)
- ik heb de indruk dat ik de controle verlies (274)
- ik heb pijn bij het rechtstaan (275)
- mij aankleden kost me veel moeite (276)
- mijn energie is snel uitgeput (277)
- lang rechtstaan is belastend voor mij (bv. aan de gootsteen, wachten op een bus ...) (278)
- ik heb voortdurend pijn (279)
- het duurt lang voor ik inslaap (280)
- ik voel me tot last voor andere mensen (281)
- ik kan 's nachts niet slapen van de zorgen (282)
- ik vind het leven niet de moeite waard (283)
- ik slaap slecht 's nachts (284)
- met andere mensen omgaan vind ik moeilijk (285)
- ik heb hulp nodig om buitenshuis rond te lopen (bv. een wandelstok of iemand om mij te ondersteunen) (286)
- ik heb problemen bij het op- en aflopen van trappen (287)
- ik voel me depressief als ik wakker word (288)
- ik heb pijn bij het zitten (289)

53. Nu vragen wij u na te denken over welke activiteiten in uw leven worden gehinderd door gezondheidsproblemen. Vermeld voor elke activiteit, vermeld in onderstaande lijst, hoe ernstig ze wordt gehinderd door uw gezondheidstoestand.

- 1 = helemaal niet
- 2 = lichtjes
- 3 = matig
- 4 = heel wat
- 5 = zeer veel

Veroorzaakt uw huidige gezondheidstoestand problemen met uw...

- job of werk (bedoeld is betaalde arbeid)? (290)
- huishoudelijk werk (poetsen, koken, herstellen, klusjes in en rond het huis enz.)? (291)
- sociaal leven (uitgaan, vrienden opzoeken, naar de kroeg gaan enz.)? (292)
- huiselijk leven (relatie met andere mensen in uw woning)? (293)
- seksleven? (294)
- interesses en hobby's (sport, kunst en ambacht, doe-het-zelf enz.)? (295)
- vakantie (zomer- of wintervakanties, weekendje uit enz.)? (296)

U bent:

 (297)

- 1 = een vrouw
2 = een man

Hoe oud bent u?

 jaar
(298) (299)

Hoe groot bent u?

 m cm
(300) (301) (302)

Hoeveel weegt u?

 kg
(303) (304) (305)

Wat is uw burgerlijke staat?

 (306)

- 1 = gehuwd/samenwonend
2 = alleenstaand
3 = weduwe/weduwenaar
4 = uit de echt gescheiden/feitelijk gescheiden (van tafel en bed)

Hebt u kinderen?

 (307)

- 1 = ja 2 = nee [ga verder naar vraag 60]

59.1. Indien ja, hoeveel?

 (308) (309)

59.2. Hoe oud is uw jongste en uw oudste kind?

a) jongste [Vul hier in als u slechts één kind hebt. Is dit kind minder dan één jaar oud, vul dan "99" in.] jaar
(310) (311)

b) oudste jaar
(312) (313)

Welke schoolopleiding hebt u gehad? [Vermeld de hoogste opleiding die u op dit ogenblik volledig heeft beëindigd.] (314)

- 1 = lager onderwijs [al dan niet beëindigd]
2 = lager middelbaar beroeps
3 = lager middelbaar technisch
4 = lager middelbaar algemeen vormend
5 = hoger middelbaar beroeps
6 = hoger middelbaar technisch
7 = hoger middelbaar algemeen vormend
8 = hoger onderwijs buiten de universiteit
9 = universitair onderwijs [of gelijkgesteld]

61. Welke is uw staat van werkzaamheid? (315)

- 1 = beroepsactief [bezoldiging/zelfstandig inkomen via beroepsbeoefening]
2 = student(e)
3 = gepensioneerd
4 = verzorgt eigen huishouding
5 = momenteel werkzoekend
6 = overige mogelijkheden [beschrijf]: . .

62. Enkel indien beroepsactief: [dus enkel indien u -1- heeft geantwoord op vraag 61. Zoniet ga verder met vraag 65.]

62a. Werkt u voltijds of deeltijds? (316)

- 1 = voltijds
2 = deeltijds

62b. Welk is uw tewerkstellingsstatuut? (317) (318)

- 1 = arbeider
2 = bediende [lager/middenkader]
3 = bediende [hoger kader/directie]
4 = landbouw/visserij/houthakkerij
5 = zelfstandige [met uitsluiting van "vrije beroepen"]
6 = vrij beroep
7 = beroepsmilitair
8 = hogere academische beroepen [magistraat, hoogleraar]
9 = leerjongen/leermeisje
10 = helper/helpster
11 = overige mogelijkheden [beschrijf]:

63. Hebt u een beroep in de gezondheidssector? (319)

- 1 = ja 2 = nee

64. Hebt u een beroep in de sportsector? (320)

- 1 = ja 2 = nee

65. In welk gebied woont u? (321)

- 1 = stedelijk
2 = semi-stedelijk
3 = landelijk

66. Wat is de postcode van de gemeente/stad waar u woont? (322) (323) (324) (325)

[Landcode] (326)