



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

PROMOVER O ADQUIRIDO: PARA QUÊ; COM QUE OBJECTIVO?
ANÁLISE DE UM EVENTO DE PROMOÇÃO DE ACTIVIDADE
FÍSICA

DIANA BARJA

Orientador(a) de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA CLÁUDIA CARVALHO

Coordenador(a) de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA JOÃO GOUVEIA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutora Maria João Gouveia e co-orientação de Prof. Doutora Cláudia Carvalho apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

Aos meus Pais!

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer à Prof. Dr^a Cláudia Carvalho, que facilmente me despertou o interesse pela investigação. Por desde sempre ter confiado nas minhas capacidades, valorizando as mesmas e acima de tudo, ter-me acompanhado até aqui, à concretização deste trabalho.

À Prof. Dr^a Maria João Gouveia, pela orientação e disponibilidade como também por todo o conhecimento e ideias transmitidas.

Às colegas Sara Silva, Bruna Poggi e Joana Moreira por me terem ajudado na recolha dos dados, pela disponibilidade e empenho com que o fizeram.

À Mariana M. pelos esclarecimentos estatísticos e disponibilidade quando tudo parecia ficar mais distante.

Não posso terminar sem prestar o meu apreço a todos que nesta longa caminhada me acompanharam, lado a lado. Nem sempre foi fácil o caminho, mas já foi em parte percorrido. É o fim de um início de oportunidades.

À Mariana, a mais importante destes 5 anos. Obrigada por acreditares sempre, por estares no melhor e no pior, pelo orgulho que sentes por mim. Estamos juntas até ao fim.

À Luísa e à Rute, à amizade que quero levar para a vida. Aos cafés terapêuticos, ao *stress* conjunto e à confiança que sempre me dão.

À Catarina, amiga e *partner* de tantas jornadas “sem dormir” para que a concretização deste trabalho fosse possível. Pela companhia, pela boa disposição, carinho e pela força para chegarmos juntas até aqui. A ela, um agradecimento especial.

À Joana e ao Pedro pelo orgulho que têm por mim, por acreditarem que sou capaz e que consigo!

E, finalmente, o especial agradecimento e mais importante - aos meus Pais e à minha Irmã -, os principais e os que fazem tudo por mim, para me verem feliz. Sem eles não seria possível. São os meus pilares. Obrigada do fundo do coração, por estar a ser quase realidade. A vocês agradeço e dedico este trabalho.

A todos vós, um obrigada parece pouco.

RESUMO

A promoção de Actividade Física (AF) tem vindo a fazer parte das estratégias governamentais. O Desafio do Coração (DC) é um evento que visa sensibilizar a prática de AF, sendo organizado pela Fundação Portuguesa de Cardiologia em conjunto com o Estádio Universitário de Lisboa (EUL) realizando-se anualmente. O presente estudo pretendeu caracterizar a população que acorre a este evento quanto à prática de AF, aos dados biométricos e clínicos dos participantes e num segundo momento, avaliar a auto-eficácia aquando de uma barreira para a prática de AF.

Foram inquiridos 355 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e 93 anos ($M=57,3$; $DP=18,7$). Estes dados foram recolhidos em 4 edições do DC, realizadas entre 2011 e 2015.

O resultado mais evidente é que mais de metade dos participantes já praticam AF com alguma regularidade (1 a 4 vezes por semana). O Índice de Massa Corporal (IMC), encontra-se significativamente correlacionado com a frequência total de AF ($p<0,01$); a Idade e o Género revelaram-se preditores significativos ($p<0,05$) da frequência de AF; encontraram-se diferenças significativas entre a frequência de AF e a duração durante e 2 meses após o DC e, finalmente, a auto-eficácia não se encontra associada com a duração total de AF ($p>0,01$).

Os resultados encontrados foram, na generalidade, consistentes com os reportados na literatura sobre estas iniciativas, sugerindo que quem participa nestes eventos já tem os hábitos regulares de AF adquiridos. Será necessário ajustar este tipo de eventos ao estadio de mudança de comportamento dos participantes, para que atinjam os públicos-alvo para os quais são dirigidos.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Actividade Física; Auto-eficácia

ABSTRACT

The promotion of Physical Activity (PA) has been making part of Government Strategies. The “Desafio do Coração” (DC) it is an event organized by the Portuguese Cardiology Foundation that aims to raise awareness for the PA practice.

The present study aimed to characterize the population that attends to this event concerning the PA practice. Biometric and clinical data of the participants and self-efficacy was assessed.

355 participants were inquired, ages between 18 and 93 years ($M = 57.3$, $SD = 18.7$). Data were collected in four editions of DC, between 2011 and 2015.

Result's show that more than half of the participants practice PA with some regularity (1 to 4 times a week). The Body Mass Index (BMI) is significantly related to the total frequency of PA ($p < 0.01$); Age and Gender have proved to be significant predictors ($p < 0.05$) of PA frequency; significant differences between the frequency and duration of PA during and two months after the DC were found and finally, self-efficacy was not related with the total PA duration ($p > 0.01$).

This results were in general, consistent with those reported in the literature on these initiatives, suggesting that those who participate in these events have already acquired regular habits of PA. Adjust this type of event to the stage of behavior changing of participants in order for them to reach the target audiences for which they are directed is required.

Key-words: Health Promotion; Physical Activity; Self-Efficacy

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
REVISÃO DA LITERATURA	14
PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	14
<i>Campanhas de Promoção de Actividade Física.....</i>	<i>17</i>
BENEFÍCIOS DE SER ACTIVO.....	20
<i>Modelos Teóricos de Adesão à Actividade Física.....</i>	<i>24</i>
Teoria Socio-Cognitiva	24
OBJECTIVOS DO ESTUDO	28
MÉTODO.....	29
DELINEAMENTO.....	29
<i>Estudo 1</i>	<i>29</i>
<i>Estudo 2.....</i>	<i>29</i>
PARTICIPANTES	29
<i>Estudo 1</i>	<i>29</i>
<i>Estudo 2.....</i>	<i>29</i>
PROCEDIMENTO.....	30
<i>Estudo 1</i>	<i>30</i>
<i>Estudo 2.....</i>	<i>30</i>
INSTRUMENTOS	31
<i>Estudo 1</i>	<i>31</i>
Questionário administrado face a face no Desafio do Coração.....	31
Participação em Eventos de Promoção da Saúde	31
Dados Biométricos e Clínicos	31
Prática de AF.....	31
Variáveis Sociodemográficas	32
<i>Estudo 2.....</i>	<i>32</i>
Questionário administrado por via telefónica.....	32
Frequência de AF após o DC.....	32
Auto-Eficácia para Ultrapassar Barreiras em AF (Marques & Gouveia, 2006)	32

Recordação do Evento - DC	32
RESULTADOS.....	34
ESTUDO 1	34
<i>Objectivo 1: Caracterização do público-alvo do Desafio do Coração.....</i>	<i>34</i>
Participação no Desafio do Coração e outros Eventos de Promoção da Saúde .	37
Frequência Semanal de Actividade Física.....	37
Duração (em minutos) da prática de Actividade Física.....	39
Modalidade de Actividade Física	40
Dados Biométricos e Clínicos	41
<i>Objectivo 2: Prática de Actividade Física e Edições do Desafio do Coração.....</i>	<i>43</i>
<i>Objectivo 3: Frequência Semanal de Actividade Física e Dados Biométricos e Clínicos.....</i>	<i>44</i>
Prática de Actividade Física e Índice de Massa Corporal	44
Prática de Actividade Física e Glicémia.....	45
Prática de Actividade Física e Tensão Arterial	46
<i>Objectivo 4: Prática de Actividade Física e Variáveis Socio-demográficas</i>	<i>47</i>
ESTUDO 2	48
<i>Objectivo 1: Follow-up dois meses após o evento</i>	<i>48</i>
<i>Objectivo 2: Duração da Prática de AF auto-reportada e Auto-eficácia para ultrapassar barreiras na prática de AF</i>	<i>50</i>
DISCUSSÃO	52
LIMITAÇÕES	55
ESTUDOS FUTUROS.....	57
REFERÊNCIAS	58
ANEXOS	68
ANEXO A – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	68
ANEXO B – QUESTIONÁRIO ADMINISTRADO NAS VÁRIAS EDIÇÕES DO DESAFIO DO CORAÇÃO	71
ANEXO C – QUESTIONÁRIO ADMINISTRADO POR VIA TELEFÓNICA	72
ANEXO D – OUTPUTS	73
<i>Output 1 para a realização da Tabela 3 e 4.....</i>	<i>73</i>

<i>Output 2 para a participação no Desafio do Coração e outros Eventos de Promoção da Saúde</i>	81
<i>Output 3 para a realização da Figura 1</i>	82
<i>Output 4 dos motivos da prática de AF</i>	83
Motivo 1	83
Motivo 2	85
Motivo 3	86
<i>Output 5 para o momento do ano em que não pratica AF</i>	86
<i>Output 6 para a prática de AF acompanhado</i>	88
<i>Output 7 para a identificação de Obstáculos</i>	90
<i>Output 8 para a realização da duração média de AF</i>	91
<i>Output 9 para a realização da descrição das diferentes modalidades de AF e realização da Figura 2</i>	93
<i>Output 10 para a realização da Tabela 5 e 6</i>	96
<i>Output 11 para a realização da Tabela 7</i>	102
<i>Output 12 para a realização dos Pressupostos da Normalidade e Homogeneidade</i>	102
<i>Output 13 para a realização da Tabela 8</i>	104
<i>Output 14 para análise dos Pressupostos da Normalidade</i>	105
<i>Output 15 para a realização da Tabela 9</i>	108
<i>Output 16 para a análise dos Pressupostos da Normalidade</i>	108
<i>Output 17 para a realização da Tabela 10</i>	110
<i>Output 18 para a realização dos Pressupostos da Normalidade e Homogeneidade</i>	110
<i>Output 19 para a realização da Tabela 11</i>	112
<i>Output 20 para a realização da Regressão Linear e Tabela 12</i>	114
<i>Output 21 para a análise dos Pressupostos da Normalidade</i>	120
<i>Output 22 para a realização da Tabela 13</i>	122
<i>Output 23 para a realização da Figura 3</i>	123
<i>Output 24 para a Recordação da mensagem do DC</i>	124
<i>Output 25 para a análise de Pressupostos da Normalidade</i>	125
<i>Output 26 para a realização da Tabela 14</i>	126

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Frequência semanal auto-reportada de Actividade Física dos participantes do Desafio do Coração, tendo em conta o critério de frequência do Eurobarómetro: Regularidade = mais de 5 vezes por semana; Alguma regularidade = 1 a 4 vezes (<i>N</i> =355).	38
Figura 2 Modalidades de Actividade Física dos participantes do Desafio do Coração. 40	
Figura 3 Prática de Actividade Física durante o Desafio do Coração e dois meses após o Desafio do Coração (<i>N</i> =17).	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Benefícios gerais da prática regular de AF para a saúde e doença (Adaptado de Department of Health & Human Services, 1996).	21
Tabela 3 Características sociodemográficas dos participantes do Desafio do Coração que praticam AF (N=289) e os que não praticam AF regularmente (N=66).	35
Tabela 4 Características socio-demográficas (Zona de Residência) dos participantes do Desafio do Coração que praticam AF (N=289) e os que não praticam AF regularmente (N=66) (cont.).	35
Tabela 5 Caracterização dos dados biométricos e clínicos (IMC) dos participantes do Desafio do Coração (frequências e percentagens).	41
Tabela 6 Caracterização dos dados biométricos e clínicos (Glicémia e Tensão Arterial) dos participantes do Desafio do Coração (frequências e percentagens) (cont.).	41
Tabela 7 Prática de Actividade Física dos participantes ao longo das 4 edições do Desafio do Coração.	43
Tabela 8 Comparação entre as edições do Desafio do Coração e a prática de Actividade Física.	44
Tabela 9 Média, Desvio Padrão e Correlação de <i>Spearman</i> das variáveis Índice de Massa Corporal e frequência semanal total de Actividade Física.	45
Tabela 10 Média, Desvio Padrão e Correlação de <i>Pearson</i> para as variáveis Glicémia e frequência semanal total de Actividade Física.	45
Tabela 11 Diferenças entre os grupos da variável Tensão Arterial e a frequência semanal de AF.	46
Tabela 12 Regressão Linear de um modelo explicativo das variáveis sociodemográficas e a prática de Actividade Física.	47
Tabela 13 Frequência Semanal e Duração (minutos) de AF durante o DC e após 2 meses do evento.	49
Tabela 14 Média, Desvio Padrão e Correlação de <i>Pearson</i> para as variáveis Auto-eficácia e a duração total de actividade física.	50

LISTA DE SIGLAS

EPS – Eventos de Promoção da Saúde

AF – Actividade Física

OMS – Organização Mundial de Saúde

DC – Desafio do Coração

EUL – Estádio Universitário de Lisboa

IMC – Índice de Massa Corporal

INTRODUÇÃO

A prática de Actvidade Física (AF) tem sido um requisito dos Eventos de Promoção da Saúde (EPS) (e.g. Corrida da Mulher, Meia Maratona, Corrida Avós e Netos, Caminhada dos 10000 passos, etc.), da mesma forma que a difusão da informação por parte das entidades públicas e privadas sobre os benefícios desta prática regular são constantes. Existe disponível a informação necessária e adequada para a prática de AF, mas nem sempre os indivíduos têm as ferramentas fundamentais para atingir a mudança. Estudos demonstram que mais do que a transmissão da informação dos benefícios de uma prática regular de AF, é necessário capacitar os indivíduos a terem confiança na adopção deste comportamento (e.g. McAuley, Lox & Duncan, 1993; Ribeiro, 1994a; Dias, Duque, Silva & Durá, 2004; Calmeiro & Matos, 2004; Lee, Arthur & Avis, 2008). Esta “confiança” na prática, remete para o conceito de auto-eficácia, que diz respeito à capacidade que um indivíduo tem de se manter fisicamente activo mesmo diante de impedimentos que possam vir a surgir (e.g. condições climáticas, falta de tempo, dor ou desconforto, etc.). De acordo Nutbeam (2006) o conceito de auto-eficácia é um dos pré-requisitos mais importantes para a mudança de comportamento e determinará a quantidade de esforço que é colocado em determinada tarefa e o resultado da mesma. Consequentemente a promoção da auto-eficácia deve ser o desafio, dado que tanto a aprendizagem observacional e aprendizagem participativa (e.g. prática supervisionada e repetição) desencadeará o desenvolvimento dos conhecimentos e capacidades necessárias para o comportamento atingir a mudança (Nutbeam, 2006).

De notar que o comportamento de praticar AF é dinâmico, complexo e multivariado por factores que podem ser de cariz pessoal, comportamental e ambiental (Dishman, 1993; Marcus, 1995; Sallis & Owen 1999). A identificação destes factores permite definir o tipo de actuação

mais adequada a implementar num programa de AF, com o objectivo de remover as barreiras à prática da mesma, incentivando/promovendo as oportunidades e prevenindo o seu abandono (Matos & Sardinha, 1999; Sallis & Owen, 1999).

No panorama estatístico face à prática de AF, de acordo com os resultados do Eurobarómetro (TNS Opinion & Social, 2014) indicam que relativamente a Portugal, 60% dos inquiridos nunca praticaram AF, nesta amostra a caminhada foi excluída, embora a mesma percentagem de inquiridos (60%) indicam caminhar 4 a 7 dias por semana, pelo menos 10 minutos. Comparativamente a 2009 (TNS Opinion & Social, 2010), 48% referem praticar AF (incluindo caminhadas) pelo menos uma vez por semana. Na Europa, em 2009, 53% dos inquiridos nunca fizeram desporto nem actividade física, enquanto que, em 2013, o valor é de 52%. O sedentarismo é considerado um dos principais factores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis. A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que deve ser alvo de organização estratégica a criação de condições facilitadoras à promoção da AF essencialmente nos locais onde os cidadãos residam e/ou trabalham, bem como o reconhecimento dos benefícios de uma prática regular de AF (DGS, 2015).

A promoção desta prática tem feito parte das estratégias governamentais nacionais, tal como na União Europeia. Porém, entre 2009 e 2013 de acordo com as conclusões do Eurobarómetro estas não corresponderam ao esperado (TNS Opinion & Social, 2010; TNS Opinion & Social, 2014), levando a questionar a eficácia destas iniciativas para a mudança de atitude face a comportamentos de saúde, bem como a atingir o público-alvo (i.e. quem não pratica AF). A literatura é reduzida no que toca à avaliação destas iniciativas, no entanto parece indicar que: (1) estes eventos tendem a reforçar o comportamento que já é adquirido, não promovendo a participação dos restantes indivíduos que não têm este comportamento saudável (Owen, Bauman, Booth, Oldenburg & Magnus, 1995; Cavill & Bauman, 2004; French, 2006; Beaudoin, Fernandez, Wall & Farley, 2007; Carvalho, Morais & Encantado, 2012); (2) os efeitos na mudança de atitude e de comportamentos saudáveis são limitados (Ludbrook et al., 2000; Wimbush, MacGregor & Fraser, 1998; McNeill & Heuston, 1999; Smith, Fergusson, McKenzie, Bauman, & Vita, 2002; Hillsdon, Cavill, Nanchahal, Diamond & White, 2001). Neste sentido, importa avaliar e monitorizar a eficácia destas iniciativas de forma a que seja possível desenhar estratégias adequadas, com o fim de atingir o público-alvo e por conseguinte a mudança do comportamento (Whitelaw & Watson, 2005; Carvalho, Morais & Encantado, 2013).

O presente projecto tem como principal objectivo compreender que tipo de população acorre a um evento de promoção da AF, em concreto o “Desafio do Coração” (DC). Trata-se

de um evento organizado anualmente pela Fundação Portuguesa de Cardiologia, no Estádio Universitário de Lisboa (EUL) que tem como objectivo promover a Actividade Física e a Alimentação Saudável através da distribuição de *flyers*, rastreios médicos, passatempos e actividade física (e.g. dança, pequeno circuito de bicicleta, etc.).

Conforme supracitado, relativamente à reduzida existência de estudos que avaliam estas iniciativas, o DC não é excepção, uma vez que não tem disponíveis quaisquer publicações acerca da população que a ele acorre, bem como do impacto na mudança de comportamento de saúde. Porém, não é a primeira vez que este evento é alvo da preocupação dos investigadores. Em 2011 foram recolhidos questionários no mesmo evento, com o objectivo de caracterizar o tipo de população que participa neste tipo de iniciativas (Carvalho, Morais e Encantado, 2012). Posteriormente na edição de 2013, realizou-se uma nova recolha e dada a maior prevalência de participantes com mais de 65 anos, foi apenas tido em conta este grupo etário, realizando-se uma análise descritiva dos dados destes participantes (i.e. hábitos de AF, dados clínicos e biométricos – Índice de Massa Corporal [IMC], Glicémia e Tensão Arterial), juntando a estes os dados da edição de 2011 (Carvalho & Barja, 2014). No ano de 2014 e de 2015 realizou-se uma recolha de dados para juntar aos anteriores a fim de serem alvo de análise no presente estudo.

Posto isto, para além do objectivo primordial que tem o intuito de compreender se quem participa neste tipo de iniciativas de promoção de saúde é o público-alvo (i.e. que não pratica AF ou pratica pelo menos 1 vez por semana), pretende-se também caracterizar a frequência, a duração e o tipo de modalidade de AF dos participantes bem como os dados biométricos e clínicos dos mesmos (i.e. IMC, Glicémia e Tensão Arterial). Pretende-se também no presente estudo, perceber quais os factores que podem ter uma relação com a prática de AF, nomeadamente as características socio-demográficas (i.e. idade, género, estado civil, habilitações literárias e situação profissional). Finalmente, pretende-se conhecer se os participantes do DC mantêm os seus hábitos de AF regulares dois meses após, bem como qual o nível de confiança destes participantes quando confrontados com determinadas barreiras de AF.

REVISÃO DA LITERATURA

Promoção da Saúde

Em 1986 teve lugar a primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde onde é aprovada a Carta de Ottawa que define as orientações a atingir na *Saúde para Todos* em 2000 (World Health Organization, 1986, 2011). Desta forma a Promoção da Saúde é um processo de *empowerment* dos indivíduos e das comunidades para os responsabilizar para a saúde com o intuito de a melhorar, de forma a facilitar recursos importantes para a comunidade (e.g. conhecimento, técnicas, poder e dinheiro). Assim a saúde deve ser entendida como um *recurso para a vida e não uma finalidade de vida* (World Health Organization, 2011; Ribeiro, 1994; Ribeiro, 2005). Este processo de *empowerment* dos indivíduos e das comunidades surge na sequência da Segunda Revolução da Saúde, na década de 70, que se caracterizou por dois momentos importantes: (1) deixou de se centrar na doença passando a centrar-se na saúde; (2) percebeu-se que os comportamentos que o ser humano adopta “responsabilizam-no” pela maioria da mortalidade e morbilidade nos países desenvolvidos (Brandstetter, Mccool, Wise, & Loss, 2012; Ribeiro, 2005; Ribeiro, 1994; Richmond, 1979). Richmond (1979) apresenta as principais causas de morte nos Estados Unidos da América e conclui que a partir da década de 60, mais de 70% destas causas de morte derivavam de comportamentos desadequados ou estilos de vida não saudáveis (e.g. álcool, drogas, tabaco, condições de trabalho, etc.). Na Europa o cenário é idêntico, tendo as doenças cardiovasculares e oncológicas a maior prevalência (Guo, 1993) que parece manter-se nos dias de hoje (PORDATA, 2014). Na mesma Carta, estão mencionadas algumas estratégias facilitadoras na intervenção da Promoção da Saúde (World Health Organization, 2011):

- 1) Construção de políticas saudáveis, i.e. necessidade de colocar a saúde na agenda dos decisores políticos, consciencializando-os, que esta acção coordenada contribui para garantir bens, serviços, instituições públicas, ambientes mais seguros e saudáveis. Deve existir uma preocupação na identificação de obstáculos ao comportamento/atitude saudável e por conseguinte propostas para as ultrapassar.
- 2) Importa avaliar com regularidade o impacto que os contextos/padrões de vida têm na saúde, de forma a assegurar benefícios positivos para a saúde pública.
- 3) O reforço da acção comunitária através do *empowerment* da comunidade (e.g. orientação para a resolução dos problemas de saúde, acesso pleno e contínuo à informação, aprendizagens sobre saúde e suporte financeiro);

- 4) O desenvolvimento de competências pessoais i.e. capacitação dos cidadãos, preparando-as para as diferentes etapas de saúde e/ou doença. Estas intervenções devem ter lugar na escola, em casa, organizações, etc. (Brandstetter, Mccool, Wise, & Loss, 2012).
- 5) Reorientar os serviços de saúde na medida em que todos (i.e. indivíduos, grupos comunitários, profissionais, instituições de saúde e governos) devem trabalhar em parceria pela criação de um sistema de saúde que contribua para a evolução desta. Neste sentido também deve ser dada primazia à investigação em saúde e às alterações a acrescentar na educação e formação dos profissionais.

Sabe-se que os comportamentos de saúde poderão ser influenciados por vários aspectos, como as atitudes, valores, hábitos, sentimentos, crenças e até mesmo por modas que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa (Silva, 2002). A percepção que cada pessoa tem de contrair uma doença, a gravidade e as consequências que dela advém fazem com que se desencadeiem comportamentos associados a um determinado estilo de vida (Ribeiro, 1998). Porém o comportamento do indivíduo está exposto a inúmeras influências externas tornando-se complicado tomar a responsabilidade de decidir adoptar e manter um comportamento saudável. Por este motivo, não é suficiente informar sobre os malefícios de determinados tipos de comportamento para que se verifique uma verdadeira mudança (Ribeiro, 1994a; Dias, Duque, Silva e Durá, 2004). As intervenções em saúde apresentam dois níveis básicos de actuação de acordo com Dias, Duque, Silva e Durá (2004), são eles: (1) informar sobre os meios de redução dos riscos comportamentais; (2) promover mudanças sociais e ambientais na comunidade que facilitem essas mesmas mudanças.

São vários os programas para a promoção da saúde que têm vindo a ser desenvolvidos na Europa. Entre 2007 e 2011 a União Europeia contribuiu para o financiamento de 27 projetos relacionados com a diabetes e a obesidade, num montante total de 123 milhões de euros (União Europeia, 2013). O terceiro programa de saúde 2014-2020, tem em conta a situação que se vive na Europa, i.e. (1) contexto demográfico cada vez mais desafiador, ameaçando a sustentabilidade dos sistemas de saúde; (2) recuperação frágil da economia, limitando a disponibilidade de recursos para investir nos cuidados de saúde; (3) aumento das desigualdades de saúde entre e dentro dos estados membros; e, finalmente (4) aumento da prevalência de doenças crónicas (European Commission, 2014). E, portanto apresenta objectivos como: (1) Promoção da saúde e ambientes propícios a estilos de vida saudáveis e prevenção das doenças; (2) Proteger os cidadãos de ameaças graves de saúde transfronteiras (*cross-border*); (3)

Contribuir para a inovação, eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde; (4) Facilitar o acesso a melhores e mais seguros cuidados de saúde para os cidadãos da União Europeia.

A constante preocupação do indivíduo com a saúde e com a qualidade de vida a ela associada, faz com que este implemente as próprias estratégias facilitadoras de estilos de vida saudáveis (e.g. exercício físico, diminuição da ingestão de gordura e/ou açúcar na alimentação, diminuição do consumo de tabaco, etc.), embora muitas vezes estas estratégias derivem da publicidade realizada por grandes interesses económicos e que, por sinal, vão ao encontro do indivíduo (Ribeiro, 1989). Neste sentido, torna-se pertinente que os comportamentos de saúde façam parte das necessidades e/ou prioridades do indivíduo para que lhe seja permitido integrar os conhecimentos de estilos de vida saudáveis (Ribeiro, 1989; Amireault, Godin & Vézina-Im, 2013). Parece ser do conhecimento geral os comportamentos que se associam a um estilo de vida saudável, uma vez que têm sido alvo de vários estudos ao longo do tempo. Contudo, a mudança de um comportamento de risco para um comportamento saudável nem sempre é visível a curto prazo no indivíduo (Ribeiro, 1989; Amireault, Godin & Vézina-Im, 2013; King, 1991; Owen, Bauman, Booth, Oldenburg & Magnus, 1995; Cavill & Bauman, 2004; Beaudoin, Fernandez, Wall & Farley, 2007; Cribb & Hycox, 1989), mas segundo Borghi e Jan (2008) os programas de promoção da saúde podem de facto ser benéficos numa perspectiva de comunidade e não directamente no indivíduo.

O estudo da eficácia dos programas de promoção da saúde deve direccionar-se a populações de alto risco e grupos minoritários e, desenhar intervenções particulares que tenham em conta as necessidades e características culturais destas (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004).

O papel dos meios de comunicação na construção social e divulgação da mensagem para a promoção da saúde (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004; Finlay & Faulkner, 2005) é reconhecido e considerado importante. Estes influenciam a opinião pública a favor de políticas de promoção de saúde incitando uma variedade de iniciativas (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004; Finlay & Faulkner, 2005). Os promotores de saúde crêem que a adopção de estratégias de publicidade comercial é um meio efectivo de divulgação, capaz de persuadir as audiências na adopção de comportamentos saudáveis e conseqüentemente, abandonar práticas de risco para a saúde. Finlay e Faulkner (2005) referem que a combinação entre modelos teóricos de mudança de comportamento e de *marketing* social parecem resultar na eficácia da promoção das campanhas, na medida em que estas podem ser mais específicas para a população de acordo com o seu estadio de mudança. Por exemplo, em alguns estudos (Poscente Rothstein & Irvine, 2002; Renger et al., 2002; Marcus et al. 1992) o recrutamento dos participantes era realizado

com base em entrevistas e através destas avaliava-se o estadio e, uma vez registado era dado material de *marketing* específico para o estadio de mudança (e.g. folhetos informativos).

Porém, para que a mudança efectiva de comportamentos saudáveis seja possível de acontecer em partes alargadas da população, urge a necessidade de promover o diálogo entre a comunidade científica que se preocupa com as questões de adopção deste tipo de comportamentos, os *mass media* e as pessoas, com o objectivo de desenvolver estratégias para a mudança, na mudança efectiva e na sua manutenção (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004).

Campanhas de Promoção de Actividade Física

São várias as campanhas que têm como objectivo a promoção da AF ou de um outro comportamento saudável (e.g. alimentação saudável, relações sexuais protegidas, cessação tabágica, etc.). Para a realização destas campanhas é necessário que a eficácia destas seja percebida e que o comportamento a promover seja o mais duradouro possível na pessoa ou comunidade (Centers for Disease Control and Prevention, 2013; Brandstetter, McCool, Wise, & Loss, 2012; Dias, Duque, Silva & Durá, 2004).

Alguns autores sugerem algumas directrizes a considerar para uma melhor compreensão da organização destas campanhas de PS (Nutbeam, 2006; Price, Dake & Ward, 2010; Bontempi, Fagen & Roe, 2010; Chen, Sheu & Chen, 2010). O primeiro passo é avaliar as necessidades da comunidade que será alvo de intervenção, como tal, deve ser utilizada uma variedade de fontes facilitadoras da compreensão destas, tais como: dados epidemiológicos, informações socio-económicas e demográficas, necessidades sentidas pelo público-alvo bem como pelos profissionais que trabalham com este público e finalmente, as capacidades que este grupo alvo já tem e que é possível construir a partir destas (Nutbeam, 2006; Price, Dake & Ward, 2010; Chen, Sheu & Chen, 2010). Através desta informação, os organizadores destas campanhas devem ser capazes de identificar claramente o grupo alvo para a intervenção, compreender a natureza do problema e estar ciente das capacidades que já estão presentes. Deve ser considerado neste primeiro passo o clima político e se esta intervenção vai ao encontro das necessidades dos decisores políticos, de forma a que o possível financiamento satisfaça ambas as partes, e como tal deve-se ter em conta os aspectos fulcrais para a intervenção e que não podem ser retirados e outros de segunda ordem (e.g. no caso do financiamento ser limitado) (Bontempi, Fagen & Roe, 2010).

O segundo passo a ter em consideração diz respeito à evidência existente, ou seja, após a definição do problema ou dos recursos que se pretendem melhorar, deve ser alvo de análise

as fontes bibliográficas internacionais ou nacionais existentes para determinar quais as intervenções que foram desenhadas em prol do mesmo objectivo e o sucesso que tiveram, bem como garantir que estas não repetem as mesmas limitações apontadas na literatura (Nutbeam, 2006; Price, Dake & Ward, 2010; Chen, Sheu & Chen, 2010).

Seguidamente, como terceiro passo, é a identificação dos recursos, i.e. equipamento, financeiro ou humano. Independentemente do tipo de recurso, é importante definir aqueles que estão disponíveis para ajudar com a realização da intervenção dos que darão apoio político como recurso. Os recursos são limitados e portanto, mais uma vez, deve ser bem planeado a gestão destes recursos tendo em conta os limites, para que o que é realmente prioritário seja exequível (Nutbeam, 2006; Bontempi, Fagen & Roe, 2010).

O quarto passo refere-se à identificação dos objectivos e o que é esperado alcançar, uma vez que se pode estar a trabalhar no sentido de uma melhoria da saúde ou na mudança de um comportamento. A identificação inicial dos objectivos da intervenção irá facilitar a orientação durante o processo de planeamento e contribuirá para a avaliação para o programa de promoção (Nutbeam, 2006; Bontempi, Fagen & Roe, 2010). Aliado a este quarto passo, segue-se as definições das metas a alcançar, uma vez que mais do que definir um objectivo há a necessidade de projectar uma meta numérica para que de facto a intervenção produza o efeito necessário e vá ao encontro do esperado, tendo em conta dados concretos de resultados já existentes ao invés de projecções ambiciosas de mudança total (Chen, Sheu & Chen, 2010). Torna-se importante que as intervenções de PS sejam avaliadas, não só para o conhecimento dos organizadores, como também para o contributo de mais evidência empírica nesta área (Nutbeam, 2006).

Posto isto, são vários os exemplos de programas de PS que devem ser ajustados tendo em conta as necessidades da população ou comunidade (e.g. *Programme Management Guidelines for Health Promotion*, PRECEDE-PROCEED, *Interactive Domain Model Approach to Best Practices in Health Promotion - IDM*, etc.) (Nutbeam, 2006).

DeJong e Winsten (cit. por Lupton, 1995) sugerem que as campanhas de promoção de comportamentos de saúde devem seguir os seguintes princípios: (1) definir um problema de saúde como prioritário no público em geral; (2) fomentar o conhecimento e mudar crenças que limitem o processo de adoptar comportamentos e atitudes que visem a PS; (3) motivar a mudança, mostrando os benefícios pessoais e sociais do comportamento desejado; (4) capacitar o comportamento, demonstrando como as diversas barreiras poderão ser ultrapassadas fornecendo técnicas de auto-gestão, com o objectivo de alcançar uma mudança sustentada e, finalmente; (5) apoiar e fornecer apoios na manutenção da mudança, incentivando a

comunicação interpessoal. Autores como Potvin e Richard (2001), Linnan e Steckler (2004) parecem aproximar-se também destes princípios para a eficácia destas campanhas.

Estudos indicam que estes eventos de promoção de AF são percebidos como benéficos, no entanto não conseguem alcançar a mudança do comportamento de modo significativo (Owen, Bauman, Booth, Oldenburg & Magnus, 1995; Cavill & Bauman, 2004; Beaudoin, Fernandez, Wall & Farley, 2007), sugerindo ainda, que quem participa nestes eventos já pratica de forma regular atividade física tornando assim o evento redundante. Porém a literatura relativamente a este tópico é bastante escassa.

O desafio que o *marketing* social coloca para aumentar a AF está na comunicação de uma mensagem clara e simples para fins publico-educativos, que podem começar a mudar as normas sociais para fazer com que a AF faça parte do dia-a-dia das pessoas. Este é um processo longo e não deve ser esperado que as campanhas levem directamente à mudança do comportamento (Cavill & Bauman, 2004). Neste sentido, Grilo e Pedro (2005) consideram que devem ser tidas em conta algumas características para uma comunicação persuasiva: (1) o tipo de mensagem a transmitir, i.e. níveis de complexidade da informação; o menor número de argumentos, mas com qualidade; repetição das recomendações principais, sobretudo no início e no final da mensagem (Bennet & Murphy, 1999; Taylor, 1999; Grilo & Pedro, 2005); utilização do humor (Maheswaran & Meyers-Levy, 1990; Grilo & Pedro, 2005) ou do medo (Grilo & Pedro, 2005); (2) a selecção da fonte de informação mais adequada, ou seja, interpretada pelo utente como sendo determinante e fiável; (3) optar pelo canal de informação mais eficaz, escolhendo entre o escrito (Ley, 1988; Wicke, Lorge, Coppin, & Jones, 1994), o audiovisual (Grilo & Pedro, 2005) ou o frente a frente com o utente (Leyens & Yzerbyt, 1999; Grilo & Pedro, 2005). Todas estas características devem ser seleccionadas em função das características pessoais, i.e. relevância do tema para a pessoa, capacidade de atenção, compreensão e retenção (Sherif & Hovland, 1961; Grilo & Pedro, 2005).

Estudos revelam que recordação da mensagem transmitida pelos *mass media* é geralmente elevada, embora a campanha em si não revele um impacto suficiente para proporcionar a mudança de comportamento, como já supracitado (Marcus, Owen, Forsyth, Cavill & Fridinger, 1998). No entanto a existência de intervenções baseadas nos *media* pode ter um papel importante na compreensão do público geral entre saúde e AF, referem os mesmos autores. De acordo com Dias, Duque, Silva e Durá (2004), na maioria das vezes as campanhas de PS induzem à manipulação psicológica através do apelo às emoções, ansiedades, medos e sentimentos de culpabilidade de forma a persuadir o maior número de sujeitos na população-alvo. Porém sabe-se que esta estratégia não tem o resultado que se pretende no seu todo

(Leshner, Vultee, Bolls, & Moore, 2010; Hammond, McDonald, Fong, Brown & Cameron, 2004).

Autores como Rodgers (1999), Dias, Duque, Silva e Durá (2004), Finlay e Faulkner (2005) referem que os dados sociodemográficos influenciam na recordação da mensagem que a campanha pretende transmitir, na medida em que, indivíduos com baixos níveis de habilitações literárias têm menor probabilidade de recordar a mensagem, bem como pequenos grupos étnicos.

Benefícios de Ser Activo

A promoção da AF tornou-se objectivo da saúde pública desde o momento em que o ser humano começou a tomar parte da responsabilidade sobre o seu comportamento. Ser activo tem um impacto significativo na qualidade de vida das populações e como tal, a redução dos sintomas das co-morbidades associadas ao envelhecimento que afetam o sistema musculoesquelético, circulatório e cardiovascular (Nielsen, et al., 2014; Moore, Mitchell, Beets & Bartholomew, 2012; Warburton et al., 2010; World Health Organization, 2010). Investigações conduzidas num espaço de 50 anos têm demonstrado que quem pratica AF regularmente e de intensidade moderada tem menos probabilidade de desenvolver doenças cardíacas coronárias do que aqueles que são inactivos, mesmo que desenvolvam mais tarde estas doenças a severidade é menor e acontece numa idade tardia (Bock, Linke, Napolitano, Clark, Gaskins, & Marcus, 2014).

Estudos epidemiológicos mostram que a prática de AF tem uma forte influência no controlo do peso, protege contra outras doenças tais como alguns tipos de cancro e diabetes tipo 2, bem como ossos e articulações (Department of Health & Human Services, 1996; Vogel et al., 2009; Bock, Linke, Napolitano, Clark, Gaskins, & Marcus, 2014). Esta prática regular é recomendada como tratamento complementar de dietas apropriadas a diabéticos não-insulino dependentes (Levine et al., 2005; Thompson, Cook, Clark, Bardia, & Levine, 2007; Bock, Linke, Napolitano, Clark, Gaskins, & Marcus, 2014). Existe evidência que a prática regular está associada a uma reduzida incidência de cancro do colon e mama e um menor grau de cancro ginecológico, garganta e próstata (Friedenreich, Neilson, & Lynch, 2010; Newton & Galvão, 2008; Bock, Linke, Napolitano, Clark, Gaskins, & Marcus, 2014). É notória ainda uma contribuição para o controlo de sintomas de osteoporose. Ressalvam-se também efeitos psicológicos positivos no controlo da ansiedade, depressão, auto-conceito, *stress*, bem-estar emocional, auto-confiança e satisfação com a actividade social (Dunn Trivedi, & O'Neal, 2001;

Peluso & Andrade 2005; Bock, Linke, Napolitano, Clark, Gaskins, & Marcus, 2014; Gauvin & Spence, 1996). Adultos inactivos que começaram a prática regular de AF reportam uma diminuição significativa de sintomatologia depressiva em menos de 10 semanas (Annesi, 2005; Bock, Linke, Napolitano, Clark, Gaskins, & Marcus, 2014). Para além disso, a AF pode melhorar o estado geral de saúde, a capacidade funcional e a qualidade de vida em sobreviventes de cancro (e.g., San Juan, Wolin, & Lucia, 2011; Spence, Heesch, & Brown, 2010; Bock, Linke, Napolitano, Clark, Gaskins, & Marcus, 2014). Contudo, parar a prática de AF ou reduzir de forma acentuada poderá resultar numa inversão das melhorias adquiridas para a saúde (Mujika & Padilla, 2000a, 2000b).

De seguida é apresentada uma tabela (Tabela 1) onde são apresentados os benefícios gerais da prática regular de AF, elaborados em 1996, pelo *Department of Health & Human Services*, nos Estados Unidos, benefícios estes que se mantem até a data, tendo em conta o artigo mais recente da autoria de Bock, Linke, Napolitano, Clark, Gaskins e Marcus (2014).

Tabela 1 Benefícios gerais da prática regular de AF para a saúde e doença (Adaptado de Department of Health & Human Services, 1996).

Mortalidade Geral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elevados níveis de AF regular estão associadas com baixos níveis de mortalidade precoce para idosos e jovens adultos; 2. Aqueles que são moderadamente activos tem menor risco de mortalidade do que aqueles que são menos activos.
Doenças Cardiovasculares	<ol style="list-style-type: none"> 1. AF regular ou aptidão cardiorrespiratória diminui o risco de mortalidade por doenças cardiovasculares em geral e a mortalidade por doença cardíaca coronária em particular; 2. O nível de diminuição do risco de doença cardíaca coronária atribuível à AF regular é semelhante ao de outros factores de estilo de vida, tais como não fumar; 3. AF regular previne ou atrasa o desenvolvimento de elevados níveis de tensão arterial e nas pessoas já activas reduz a tensão arterial naqueles que já sofrem de hipertensão.
Cancro	<ol style="list-style-type: none"> 1. AF regular está associada a uma diminuição do risco de cancro do colon e mama; 2. Embora não existam estudos suficientes, parece existir uma associação entre a prática de AF e uma menor incidência de cancro ginecológico, garganta e próstata.
Não-insulino Dependentes na Diabetes Mellitus	<ol style="list-style-type: none"> 1. AF regular diminui o risco de desenvolver não-insulino dependentes na diabetes <i>mellitus</i>.
Osteoartrite	<ol style="list-style-type: none"> 1. Necessária para a manutenção da força muscular normal, a estrutura articular e a função articular. A AF não está associada a lesões articulares ou desenvolvimento de osteoartrite e pode ser benéfico para pessoas com artrite.

Osteoporose	1. O suporte do peso na AF é essencial para o desenvolvimento normal do esqueleto durante a infância e a adolescência e para a manutenção da massa óssea em jovens adultos.
Quedas	1. Há evidências que o treino de força e outras formas de exercício em adultos mais velhos preservam a capacidade de manter o estatuto de autonomia de vida e reduzir o risco de queda.
Obesidade	1. Baixos níveis de AF, resultam num menor gasto de quilocalorias (Kcal) utilizadas do que consumiu, aumentando assim a prevalência de obesidade. 2. Prática de AF pode influenciar favoravelmente a distribuição de gordura corporal.
Saúde Mental	1. Alivia os sintomas de depressão e ansiedade, bem como o bem-estar emocional. 2. A atividade física regular pode reduzir o risco de desenvolver depressão.
Qualidade de Vida	1. A AF parece melhorar a saúde relacionada com a qualidade de vida, melhorando o bem-estar psicológico e a função física em pessoas comprometidas por problemas de saúde.
Efeitos Adversos	1. A maioria das lesões musculoesqueléticas relacionadas com a AF de grande intensidade, podem ser prevenidas pelo trabalho gradual que tem como fim o nível de actividade desejado evitando assim, actividade excessiva ou exagerada. 2. A ocorrência de sérios episódios cardiovasculares podem suceder com exercício físico, mas o efeito de AF regular apresenta um menor risco de mortalidade do que aquele que deriva de doença cardiovascular.

As características sociodemográficas como sexo, idade, escolaridade, profissão e estado civil parecem ter influência num estilo de vida activo. Estas características sociodemográficas sugerem que as barreiras e preferências para a AF variam entre subgrupos populacionais distintos sendo que as características específicas de cada subgrupo devem ser percebidas para posteriormente serem desenvolvidos programas, com o objectivo de aumentar a adesão a este comportamento (Sherwood & Jeffery, 2000).

A Psicologia tem um papel activo na investigação dos factores subjacentes à não adesão de comportamentos de saúde, mostrando algumas das principais barreiras: (1) o papel dos modelos parentais – por volta dos onze anos, as crianças adquirem alguns hábitos por observação dos pais (Bennet & Murphy, 1999) e portanto dados revelam que há uma maior tendência para pais fumadores, gerarem filhos fumadores, ou pais obesos terem, com maior frequência, crianças obesas (Leventhal & Cleary; Taylor, 1999); (2) reduzida motivação para praticar hábitos saudáveis - uma vez que as consequências não são sentidas no imediato, ou seja, a AF regular pode reduzir, mas não suprimir a hipótese de um dia desenvolver uma doença

oncológica, por outro lado, as crianças/jovens com comportamentos prejudiciais (e.g. sedentarismo, fumar, beber) não sentem de imediato os respectivos efeitos negativos sobre o seu bem-estar físico, verificando-se mais tarde (Bennet & Murphy, 1999; Taylor, 1999) e finalmente; (3) o optimismo irrealista dos indivíduos (Weinstein, 1983) – quando estes estimam a probabilidade de um dia adoecerem com uma doença grave, admitem que têm a capacidade de controlar a sua saúde, negligenciando a ameaça que os comportamentos de risco podem ter sobre a doença (Taylor, 1999).

Ao longo da vida, o indivíduo passa por fases que evidenciam diferentes níveis de AF influenciados por diferentes factores. Sherwood e Jeffery (2000) apresentam na sua características que são determinantes para a prática de AF: (1) Características Individuais - onde se inserem as motivações (i.e. o que leva as pessoas a praticarem AF, quando podiam praticar outra actividade de lazer); auto-eficácia (i.e. nível de confiança do indivíduo nas suas capacidades para ser activo em diferentes circunstâncias); estadio de mudança (i.e. o progresso em que a pessoa activa se insere na adopção de um comportamento ou na manutenção do mesmo); histórico de AF (i.e. se a pratica de AF no passado, ou não, influencia o comportamento futuro); peso (e.g. pessoas mais pesadas têm uma menor tendência para praticar AF); comportamentos de risco para a saúde (e.g. fumadores têm uma menor predisposição para a prática de AF do que os não fumadores); dieta (e.g. adultos fisicamente activos tendem a fazer uma alimentação com baixo teor em gordura); *stress* (e.g. elevados níveis de *stress* estão associados a uma saúde comprometida e por consequente a baixos níveis de AF, sendo que a prática da mesma teria um impacto positivo no humor e no controlo do mesmo); (2) Características Ambientais – onde se insere o suporte social; disponibilidade temporal; acesso aos espaços para a prática; características da AF; lesões.

Weinberg e Gould (1995), afirmam que a maior “barreira” à inactividade física é a falta de tempo, mas que esta, é mais uma percepção do que uma realidade (Reichert, Barros, Domingues & Hallal, 2007; Weinberg & Gould, 1995), i.e. para alguns indivíduos a falta de tempo associa-se à falta de interesse ou compromisso com a prática de AF. Buckworth e Dishman (2002) referem que os indivíduos afirmam que não têm tempo para praticar AF para ir ao encontro da desejabilidade social. Reichert, Barros, Domingues e Hallal (2007), reportam que a falta de dinheiro (40,3%) e sentir cansaço (38,1%) são as principais barreiras mencionadas no seu estudo.

O conhecimento destes factores, facilita a compreensão dos comportamentos de risco adoptados pelos indivíduos, como também possibilita a intervenção, no sentido da mudança do risco para a saúde (Bennet & Murphy, 1999).

Modelos Teóricos de Adesão à Actividade Física

São vários os modelos teóricos que têm como base a adesão de comportamentos saudáveis e a prática de AF não é excepção. Estes têm servido de base a investigações sobre os determinantes da AF, de forma a orientar as intervenções com o objectivo de melhorar a adesão (Calmeiro & Matos, 2004). Tal como já foi mencionado, os factores que influenciam a AF são diversos e variam de acordo com as diferentes fases da vida do individuo, por este motivo justifica-se a utilização de diferentes modelos (Calmeiro & Matos, 2004; Sherwood & Jeffery, 2000). Destacam-se os modelos cognitivos, socio-cognitivos e o modelo transteórico como os mais utilizados para o estudo do exercício e da AF (Calmeiro & Matos, 2004; Bock, Linke, Napolitano, Clark, Gaskins & Marcus, 2014).

Teoria Socio-Cognitiva

De acordo com esta teoria, a modificação dos comportamentos é medida através da auto-eficácia, um mecanismo cognitivo que possibilita o controlo sobre o comportamento, definindo-se como a crença na capacidade de desempenhar um comportamento desejado numa situação específica (Bandura, 1977).

Bandura (1986) e Godin (1994) baseiam o conceito de mudança de comportamento em duas teorias centrais: a expectativa de eficácia e a expectativa de resultado. A expectativa de eficácia define-se como a certeza de que se é capaz de realizar com sucesso o comportamento para produzir os resultados pretendidos. A expectativa de resultados define-se como a estimativa do indivíduo de que determinado comportamento conduzirá a resultados específicos (Bandura, 1991; Calmeiro & Matos, 2004).

Tanto a eficácia como a expectativa do resultado desempenham um papel na aquisição de comportamentos saudáveis, a modificação de hábitos pouco saudáveis e a manutenção do comportamento adquirido (Bandura, 1991). Contudo, as expectativas de eficácia e de resultados podem ser inconsistentes. Os indivíduos podem concordar que existem benefícios para a saúde se praticarem exercício em geral (expectativa do resultado), no entanto podem julgar-se incapazes de incluir o exercício regular na sua rotina (auto-eficácia) devido a, por exemplo, falta de tempo. A inconsistência entre as expectativas de eficácia e expectativas de resultado podem estar relacionadas com a falta de conhecimento das capacidades individuais em relação a cada comportamento específico. Assim, os indivíduos quando percebem que não têm

capacidades e conhecimentos suficientes para atingir resultados adequados, não chegam ao processo de acção (Bandura, 1977a).

Mais recentemente, Bandura (1997) argumentou que o nível de estados e ações afetivas dos indivíduos são baseadas em crenças em vez de avaliações objetivas. A crença numa consequência positiva de um comportamento particular pode ser mais importante do que um comportamento que causou realmente uma consequência positiva no passado. Por esta razão, o modo como as pessoas se comportam pode muitas vezes ser explicado através das crenças que possuem sobre as suas capacidades, mais do que propriamente por aquilo que são, na verdade, capazes de realizar. Isto ajuda a explicar a razão do comportamento das pessoas por vezes ser inconsistente com as suas actuais capacidades, como também a razão do comportamento poder diferir amplamente, mesmo que tenham o conhecimento e capacidades semelhantes. Posto isto, ter confiança na adopção de comportamentos saudáveis pode ser o suficiente para iniciá-lo e não propriamente o ter o conhecimento e/ou capacidades para.

A percepção de auto-eficácia pode determinar o facto de um indivíduo empreender um determinado comportamento, o grau e persistência nesse comportamento perante as dificuldades e o sucesso do seu desempenho (Godin, 1994; Bandura, 1977; Eysenk, 1978). O desenvolvimento desta percepção no indivíduo vai depender de um conjunto de factores, designados por Bandura (1997) fontes de auto-eficácia: (1) Experiências de Competência Pessoal, i.e. um indivíduo possui as capacidades necessárias para ser bem sucedido. Ou seja, quanto mais forte for a crença do indivíduo nas suas capacidades de executar um conjunto de acções, maior será a probabilidade de iniciar essa acção e de persistir na mesma. O contrário acontece aos indivíduos que têm um baixo nível de auto-eficácia, ou seja, prestam menos esforço e, por conseguinte, têm uma maior tendência para abandonar as tentativas na realização do comportamento-alvo (Bandura & Cervone, 1983; Sherwood & Jeffery, 2000); (2) Experiência Vicariante ou modelagem, que se refere à utilização da experiência dos outros para aumentar as expectativas de eficácia; (3) Persuasão Verbal, i.e. a promoção do encorajamento à prática, transmitindo ao indivíduo confiança de que este é capaz de realizar o comportamento; (4) Sinais Fisiológicos, que interpretam os estados emocionais relativos ao comportamento.

A percepção de auto-eficácia tem uma influência directa na percepção de controlo sobre os comportamentos modificáveis e as condições do envolvimento (Bandura, 1997).

Segundo autores (Calmeiro & Matos, 2004; Lee, Arthur & Avis, 2008; Sherwood & Jeffery, 2000; Clark, 1996), as pessoas com maiores expectativas de auto-eficácia mantêm um maior sensação de energia durante a prática, percebem menos esforço durante a mesma, reportam afectos mais positivos e sentem-se mais revitalizados durante e após a prática. Em

contraste, a elevada tensão fisiológica pode enfraquecer a crença em ser capaz de realizar a atividade.

Capacitar os indivíduos com competências e crenças de eficácia, permite alterar as influências sociais que moldam e regulam os seus hábitos, constituindo um factor mais determinante para que a intervenção seja bem sucedida, do que a transmissão da informação sobre os benefícios de determinado comportamento saudável (Calmeiro & Matos, 2004). Modificar um estilo de vida sedentário implica ter a crença de que se é capaz de fazer da AF um hábito de vida.

Na explicação do comportamento em situação de prática de AF, a teoria de auto-eficácia tem sido aplicada com sucesso, apresentando uma forte correlação com a prática da mesma (Godin, 1994). Acrescentando ainda, como fortes determinantes a idade, o sexo e o tipo de acessibilidade das instalações (Dishman, Sallis & Orenstein, 1985; Bozoian, Rejeski & McAuley, 1994; McAuley & Courneya, 1992; McAuley, Courneya, Rudolph & Lox, 1994; Lee, Arthur & Avis, 2008; Sherwood & Jeffery, 2000; Clark, 1996). A dimensão expectativa de eficácia é mais determinante do que a expectativa de resultado na adesão de jovens adultos a um programa de exercício, embora ambas se apresentem como variáveis cognitivas mediadoras e significativas (Biddle & Nigg, 2000).

Outros estudos reportaram que as intervenções para a prática de AF com o objectivo de melhorar a auto-percepção da auto-eficácia tem efeitos positivos sobre a confiança e a capacidade de iniciar e manter a prática de AF (Dunn, Marcus, Kampert, Garcia, Kohl & Blair, 1999; Lee, Arthur & Avis, 2007; Lee, Arthur & Avis, 2008).

Dado que a auto-eficácia para o exercício é um preditor tão forte, McAuley, Lox e Duncan (1993) sugerem que devemos direccionar o exercício desta como um resultado em si. Mais especificamente, precisamos de perceber a melhor maneira de promover a auto-eficácia entre os indivíduos com um histórico de comportamento sedentário. Courneya e McAuley (1995), trabalharam extensivamente sobre estratégias cognitivas para alterar a auto-eficácia. Desta forma, recomendam a segmentação de vários aspectos da atividade física, como os benefícios de saúde, para construir a motivação. Ainda observam que se torna importante a minimização da percepção de barreiras em diferentes estadios de mudança da prática regular de AF, bem como o desenvolvimento de estratégias para detectar e superar as barreiras. Este tipo de estratégias poderiam ser parte integrante da intervenção, orientando a percepção individual e o controlo sobre a prática, de forma a que o indivíduo seja auto-eficaz e se envolva na AF (Sherwood & Jeffery, 2000).

A auto-eficácia tem sido introduzida em alguns modelos teóricos, tais como teoria da ação planeada, teoria da motivação para a protecção, modelo transteórico de mudança, melhorando a capacidade preditiva deste constructo.

OBJECTIVOS DO ESTUDO

O presente estudo divide-se em duas partes distintas (Estudo 1 e Estudo 2), tendo em conta os objectivos a analisar e o delineamento do mesmo. Seguem-se assim os objectivos referentes ao Estudo 1:

1. Analisar se as pessoas que acorrem a eventos de promoção de Actividade Física correspondem ao público-alvo para o qual os eventos foram desenhados (i.e. pessoas que não praticam ou praticam pelo menos uma vez por semana).

2. Analisar comparativamente a prática de Actividade Física entre as edições do Desafio do Coração desde 2011 a 2015.

3. Analisar se existe associação entre a prática semanal auto-reportada de Actividade Física e os dados biométricos e clínicos (Índice de Massa Corporal, Glicémia e Tensão Arterial).

4. Analisar se as variáveis sociodemográficas (i.e. género, zona de residência, idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional) estão associadas à prática de Actividade Física.

Face ao Estudo 2, inserem-se os seguintes objectivos:

1. Analisar comparativamente a frequência semanal e a duração (em minutos) auto-reportada de Actividade Física no momento do Desafio do Coração e no *follow-up* dois meses após o evento.

2. Analisar se existe relação entre a Auto-eficácia para ultrapassar barreiras à prática de Actividade Física com a duração (em minutos) da prática de Actividade Física auto-reportada.

MÉTODO

Delineamento

Estudo 1

Apresenta-se um estudo quantitativo e descritivo, na medida em que se pretende descrever os hábitos de AF dos indivíduos que acorrem a o Desafio do Coração, um evento de promoção de AF e Alimentação Saudável. O presente estudo também se caracteriza como um estudo transversal de amostras independentes sucessivas, na medida em que se pretende a comparação das várias edições do DC desde 2011 até ao presente ano (i.e. 2015) e a prática de AF (Shaugnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2009).

Estudo 2

Apresenta-se um estudo longitudinal (Shaugnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2009), em que se inquiriram os participantes da edição de 2015 que facultaram os seus contactos telefónicos, dois meses após o Desafio do Coração e foram novamente recolhidos dados acerca da prática da actividade física e face à confiança que estes sentem aquando deparados com determinadas barreiras à prática de actividade física (Escala de auto-eficácia para ultrapassar barreiras).

Participantes

Estudo 1

Inquiriram-se 355 indivíduos a participarem no Desafio do Coração ao longo das quatro edições (2011, 2013, 2014 e 2015), com idades compreendidas entre os 18 e os 93 anos ($M=57,3$; $DP=18,7$). Cento e três (29%) são homens e 252 (71%) mulheres, residentes na sua maioria no distrito de Lisboa (87,6%) (Anexo A, pp. 61-62).

O tipo de amostragem é não probabilística por conveniência, utilizando-se como critério de inclusão todos os participantes do DC (Ribeiro, 2010).

Estudo 2

Dos 60 participantes que participaram na última edição (ano de 2015, 11ª edição), 17 disponibilizaram o seu contacto telefónico e foram novamente inquiridos. Treze participantes pertencem ao género feminino (76,5%) e 4 ao género masculino (23,5%), tinham idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos ($M=49,5$; $DP=19$) (Anexo A, pp. 61-62).

O tipo de amostragem é igualmente não probabilístico por conveniência (Ribeiro, 2010)

Procedimento

Estudo 1

A recolha dos dados decorreu nos anos de 2011, 2013, 2014 e 2015 no recinto do Estádio Universitários de Lisboa, ao ar livre, durante as edições do Desafio do Coração que decorrem sempre no mês de Maio, designado pela Fundação Portuguesa de Cardiologia como o mês do Coração. Constituiu-se para esta recolha quatro investigadores sob a coordenação da Prof. Dr^a Cláudia Carvalho em 2011 e 2013. Nos anos de 2014 e 2015 sob a coordenação da autora deste trabalho (Diana Barja). Ao longo de todo o evento esteve presente no recinto pelo menos um investigador.

Os participantes eram abordados pelos entrevistadores, devidamente identificados como investigadores do ISPA, no recinto do Estádio Universitário de Lisboa. Existiam disponíveis no recinto postos onde se promovia a AF e alimentação saudável, bem como técnicos de saúde que recolhiam alguns indicadores biométricos e clínicos a quem aí se dirigisse voluntariamente, nomeadamente glicémia ocasional, tensão arterial, altura e peso. Os entrevistadores solicitaram aos participantes que revelassem voluntariamente essa informação previamente recolhida sendo que a recusa ou ausência da mesma não impedia a resposta ao restante questionário, nomeadamente os hábitos regulares de AF.

A participação neste estudo foi voluntária sem qualquer retribuição financeira ou outra.

Estudo 2

Após sensivelmente dois meses, aos participantes da 11^a edição (i.e. ano 2015) foi realizada uma nova recolha de dados aos participantes do evento que disponibilizaram os seus contactos telefónicos. Foi feito o apelo à participação, bem como a necessidade de recordar o evento e explicar o objectivo desta nova recolha. Assim, começou-se por questionar sobre a prática de AF (i.e. se se mantinha desde a realização do evento), aplicou-se a escala de 8 itens - Auto-eficácia para enfrentar barreiras na AF (Marques & Gouveia, 2006) -, acima descrita, bem como questões referentes à recordação do evento.

A chamada telefónica teve a duração média de 7 minutos e obteve-se uma taxa de respondentes de 100%, ou seja, os 17 participantes que forneceram os seus contactos.

Instrumentos

Estudo 1

Questionário administrado face a face no Desafio do Coração

Este questionário foi constituído para a recolha de dados no DC e contém questões que pretendem analisar (ver Anexo B, pp. 64-65):

Participação em Eventos de Promoção da Saúde

São feitas questões face à participação no evento, e.g. “É a primeira vez que vem ao Desafio do Coração?”, caso não seja a primeira vez do participante pede-se a este que diga em quantas edições participou. Questiona-se também se o participante costuma participar em eventos de promoção da AF e/ou de PS, no caso de resposta afirmativa pede-se ao participante que nos indique os eventos que participou nos últimos 3 anos.

Dados Biométricos e Clínicos

As seguintes questões referem-se à altura, peso, IMC, valores da glicémia ocasional – uma vez que não exige a ausência de refeição por parte do participante – e os níveis de tensão arterial (sistólica e diastólica).

Prática de AF

Relativamente às questões sobre a prática regular de AF, o participante é inquirido se pratica ou não AF sendo explicado que se considera AF qualquer movimento se praticado num período mínimo de 10 minutos; o tipo de AF que pratica (e.g. natação, ginástica, dança, etc.); a frequência semanal (e.g. 1 vez por semana, 2 vezes, todos os dias, etc.); o tempo (em minutos) despendido em cada sessão; o local onde pratica (e.g. ginásio, ar livre, em casa, nas deslocações diárias, etc.) e, finalmente o período do dia em que pratica (e.g. manhã, tarde e/ ou noite). Seguidamente para quem mantém uma prática de AF regular questiona-se sobre as razões que o faz (e.g. para se divertir, para controlar o peso, para estar com os amigos, etc.); uma outra questão é se pratica acompanhado (e.g. Cônjuge/Companheiro, Amigos, *Personal Trainer*, etc.) e se o parceiro não puder ir qual a decisão que o participante toma, i.e. “vai praticar AF mesmo sem ele(a)”; “Fica indeciso se deve ou não ir” ou “Não vai praticar AF sem ele”. Posteriormente é perguntado ao participante se há algum período do ano em que não pratica em caso de resposta afirmativa é pedido para nos dizer qual é o período e as razões para não o fazer.

Para os participantes que não praticam AF é questionado os obstáculos que o impedem de fazer, tendo como base as barreiras que tradicionalmente estão associadas ausência de pratica regular de AF (e.g. não tem tempo, tem uma doença que impede a prática, não gosta, etc.).

Variáveis Sociodemográficas

Estão presentes nesta secção questões relativamente ao sexo, idade, concelho de residência, estado civil, coabitação, situação profissional e habilitações literárias, de forma a perceber o tipo de população que ocorre a este tipo de eventos.

Estudo 2

Questionário administrado por via telefónica

Este questionário tem presente questões que pretendem avaliar (ver Anexo C, p. 66):

Frequência de AF após o DC

Neste questionário, foi novamente questionado sobre a prática de AF, de forma a perceber se o participante tem mantido esta prática regular desde o evento. No caso de afirmativo, pede-se para que este nos descreva o tipo de actividade, a frequência semanal e a duração de cada actividade.

Auto-Eficácia para Ultrapassar Barreiras em AF (Marques & Gouveia, 2006)

Constituída por 8 itens, iniciando com a seguinte consigne: “Consigo praticar actividade física regularmente se...” (e.g. “Sentir dor ou desconforto a praticar”. - item 2; “Me sentir cansado(a)” – item 3). A escala de resposta é de 5 pontos em que o valor de zero corresponde a “Nada Confiante”; (1) “Pouco Confiante”; (2) “Moderadamente Confiante”; (3) “Muito Confiante”; (4) “Extremamente Confiante”. Esta escala, de acordo com as autoras Marques e Gouveia (2006) apresenta um *Alpha de Cronbach* de 0,80, demonstrando uma consistência interna muito satisfatória.

Recordação do Evento - DC

Inseriram-se também algumas questões relativamente à 11ª edição do DC, i.e. relativamente à recordação da mensagem que o evento pretendia transmitir (e.g. “Recorda-se da mensagem que o Desafio do Coração pretendia transmitir?”), no caso de resposta afirmativa era pedido ao inquirido que desenvolvesse essa mensagem. Relativamente à recordação dos

stands presentes no evento (e.g. “Recorda-se dos stands que estavam no evento? [no caso de resposta afirmativa] Pode dar alguns exemplos?”)

Finalmente é ainda questionado se após este evento houve outras preocupações para o inquirido com a saúde e que de certa forma o alertaram, no caso de resposta afirmativa é-lhe pedido que especifique as que mais o preocupam, desde esse momento.

RESULTADOS

O tratamento estatístico realizou-se com o *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, v. 21. SPSS Inc. adquirida pela IBM).

Primeiramente, procedeu-se à caracterização sociodemográfica e descrição dos participantes, através da análise de frequências e percentagens, medidas de tendência central (e.g. média, moda e mediana), dispersão (e.g. desvio padrão) e medidas de associação (e.g. Coeficiente de Correlação *Pearson* e *Spearman*) para perceber que tipo de pessoas acorrem ao DC, mais especificamente os hábitos de AF (prática e não prática de AF), o tipo de modalidade em ambas as edições e a caracterização dos participantes face aos seus dados biométricos e clínicos (i.e. ÍMC, Índice de Glicémia e Tensão Arterial). Após a análise descritiva procedeu-se à análise inferencial, de forma a “inferir relativamente aos valores dos critérios da população teórica de onde foram obtidas as amostras e ou de validar hipóteses pelas quais se fundamentam as teorias” (Marôco, 2014, p. 35). Por análise inferencial entende-se os testes de comparação de grupos (e.g. testes paramétricos e não paramétricos), estimação de modelos de previsão (e.g. regressão linear múltipla) (Marôco, 2014).

Como já referido o presente estudo teve dois momentos distintos de recolha de dados (Estudo 1 e Estudo 2). O Estudo 1 decorreu nas 4 edições do DC entre 2011 e 2015, sendo que a primeira parte refere-se à caracterização dos participantes e dos objectivos em estudo. O Estudo 2 remete-se à segunda recolha de dados por via telefónica, de 17 participantes da edição de 2015 que disponibilizaram os seus contactos.

Estudo 1

Objectivo 1: Caracterização do público-alvo do Desafio do Coração

Como já indicado o primeiro objectivo em estudo é analisar se as pessoas que acorrem a eventos de promoção da AF corresponde ao público-alvo para os quais os eventos foram desenhados (i.e. pessoas que não praticam ou praticam pelo menos uma vez por semana). Para tal, prodeceu-se à caracterização da amostra.

A Tabela 3 descreve os participantes quanto ao seu género, idade, estado civil, habilitações literárias, estatuto ocupacional e zona de residência. Para todas estas variáveis calculou-se a frequência e a percentagem para a amostra total ($N=355$) bem como para os praticantes de AF ($n=289$) e não praticantes ($n=66$) (ver Output 1, Anexo D, pp. 68-76).

Tabela 2 Características sociodemográficas dos participantes do Desafio do Coração que praticam AF ($N=289$) e os que não praticam AF regularmente ($N=66$).

Variáveis Socio-demográficas	Amostra Total ($N=355$)		Praticantes de AF ($N=289$)		Não Praticantes de AF ($N=66$)	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sexo						
Feminino	252	71	204	70,6	48	72,7
Masculino	103	29	85	29,4	18	27,3
Idade						
>65	163	45,9	142	49,1	21	31,8
18-45	98	27,6	71	24,6	27	40,9
46-64	94	26,5	76	26,3	18	27,3
Estado Civil						
Casado/União Facto	175	49,3	150	51,9	25	37,9
Solteiro	92	25,9	68	23,5	24	36,4
Viúvo	51	14,4	43	14,9	8	12,1
Divorciado	37	10,4	28	9,7	9	13,6
Habilitações Literárias						
Ensino Básico	158	44,5	135	46,7	23	34,8
Ensino Secundário	57	16,1	42	14,5	15	22,8
Mestrado	47	13,2	34	11,8	13	19,7
Sem Escolaridade ou Básico Incompleto	38	10,7	34	11,8	4	6,1
Frequência Universitária	30	8,5	23	8,0	7	10,6
Licenciatura	21	6,0	18	6,2	3	4,5
Doutoramento	4	1,1	3	1,0	1	1,5
Estatuto Ocupacional						
Reformado	195	54,9	167	57,8	28	42,4
Empregado	98	27,6	77	26,6	26	39,4
Estudante	30	8,5	22	7,6	8	12,1
Desempregado	23	6,5	20	6,9	3	4,5
Outra situação	9	2,5	7	2,4	2	3,0

Tabela 3 Características socio-demográficas (Zona de Residência) dos participantes do Desafio do Coração que praticam AF ($N=289$) e os que não praticam AF regularmente ($N=66$) (*cont.*).

Variáveis Socio-demográficas	Amostra Total ($N=355$)	Praticantes de AF ($N=289$)	Não
			Praticantes de AF ($N=66$)

Zona de Residência						
Distrito de Lisboa	311	87,6	248	85,8	63	95,5
Lisboa	164	46,2	132	45,7	32	48,5
Odivelas	57	16,1	50	17,3	7	10,6
Loures	25	7,0	17	5,9	8	12,1
Sintra	22	6,2	16	5,5	6	9,1
Amadora	21	5,9	14	4,8	7	10,6
Oeiras	10	2,8	8	2,8	2	3,0
Cascais	6	1,7	6	2,1	0	0
Vila Franca de Xira	3	0,8	3	1,0	0	0
Mafra	1	0,3	2	0,7	1	1,5
Distrito de Setúbal	35	9,9	33	11,4	2	3,0
Alcochete	10	2,8	10	3,5	0	0
Setúbal	9	2,5	8	2,8	1	1,5
Almada	8	2,3	7	2,4	1	1,5
Seixal	3	0,8	3	1,0	0	0
Sesimbra	3	0,8	3	1,0	0	0
Montijo	2	0,6	2	0,7	0	0
Distrito de Santarém	4	1,2	4	1,4	0	0
Distrito de Faro	2	0,6	2	0,7	0	0
Distrito de Beja	1	0,3	1	0,3	0	0
Distrito de Leiria	1	0,3	0	0	1	1,5
Distrito de Portalegre	1	0,3	1	0,3	0	0

De acordo com a tabela 3, verifica-se que os participantes que acorrem a este evento já praticam AF pelo menos 1 vez por semana (81,4%). Face aos dados socio-demográficos, a maioria dos participantes são do sexo feminino (70,6% praticam AF e 72,7% não praticam AF).

Os participantes deste evento são na sua grande maioria maiores de 65 anos. Um dado a salientar é a percentagem de 40,9% de não praticantes de AF no grupo etário de 18-45 anos de idade, como a mais prevalente.

Quase 50% dos participantes encontram-se casados ou em união de facto, seguidamente, o estado civil “Solteiro” apresenta uma percentagem de 26%.

Relativamente às habilitações literárias dos participantes ($N=355$) a percentagem mais prevalente remete para o Ensino Básico (44,5%), seguidamente o Ensino Secundário e grau de Mestre apresentam uma percentagem de 19,3%. As restantes percentagens (26,3%) distribuem-se pelas categorias “Sem Escolaridade ou Básico Incompleto”, “Frequência Universitária”, “Licenciatura” e “Doutoramento”. O mesmo acontece nesta variável socio-demográfica face aos praticantes de AF, ou seja, a maior prevalência dos participantes tem o Ensino Básico

(47%), de seguida o Secundário (15%), o grau de Mestre com 12% e 27% estão distribuídas pelas restantes categorias, acima descritas.

Relativamente ao estatuto ocupacional tanto nos praticantes de AF e não praticantes, a maioria são Reformados (54,9%) e 27,6% encontram-se a trabalhar.

Finalmente, de acordo com a Tabela 4, os participantes são na sua grande maioria do Distrito de Lisboa (87,6%), tendo os concelhos de Lisboa e Odivelas com a maior prevalência apresentando uma percentagem total de 62,3%. O sentido das percentagens dos participantes dos praticantes de AF são iguais, ou seja, o concelho de Lisboa e Odivelas são os mais prevalentes (45,7% e 17,3%, respectivamente), já os participantes que não praticam AF, pertencem ao concelho de Lisboa também com uma percentagem de 48,5% e ao concelho de Loures (12,1%). Os restantes participantes estão distribuídos pelo Distrito de Setúbal, Santarém, Faro, Beja, Portalegre e Leiria (12,6%).

Participação no Desafio do Coração e outros Eventos de Promoção da Saúde

Dos 330 inquiridos que responderam à questão “É a primeira vez que participa no Desafio do Coração”, mais de metade (60,9%) responderam que era a primeira vez a participação neste evento. Cento e vinte e nove participantes (39,1%) afirmaram que não é a primeira vez neste evento, sendo que a média das visitas em edições anteriores é de 3,31 ($DP=2,55$). Até ao presente existiram 11 edições.

Um outro dado a salientar é que dos 329 participantes, mais de dois terços (66,3%) afirmam que não participaram nos últimos 3 anos em quaisquer eventos de Promoção da Saúde (e.g. maratonas, caminhadas, corridas de sensibilização e/ou angariação de fundos, etc.) (ver Output 2, Anexo D, pp. 75-76).

Frequência Semanal de Actividade Física

De forma a caracterizar a frequência semanal auto-reportada de AF dos participantes procedeu-se à análise gráfica da mesma (Figura 1).

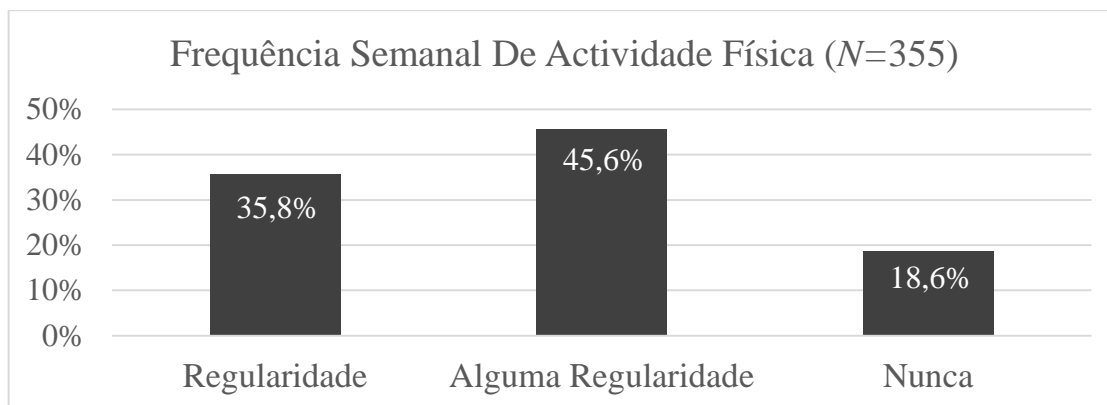


Figura 1 Frequência semanal auto-reportada de Actividade Física dos participantes do Desafio do Coração, tendo em conta o critério de frequência do Eurobarómetro: Regularidade = mais de 5 vezes por semana; Alguma regularidade = 1 a 4 vezes (N=355).

De acordo com o critério de frequência de AF ao longo dos Eurobarómetros, dos 355 inquiridos, verifica-se que aproximadamente 46% ($n=162$) dos participantes do Desafio do Coração praticam AF com alguma regularidade, i.e. 1 a 4 vezes por semana. Contudo, um outro valor a destacar é 35,8%, ou seja, 127 participantes deste evento realizam AF 5 ou mais vezes por semana. A média de frequência de AF é de 4 vezes por semana destes participantes (ver Output 3, Anexo D, pp. 76-77).

Os participantes revelaram alguns dos principais motivos da prática de AF, sendo que dos 219 inquiridos (uma vez que na edição de 2011 não foi tida em conta esta questão), “estar com os amigos” o primeiro motivo mais mencionado (27,9%; $n=61$), seguido de “motivos de saúde” com uma percentagem de 18,3% ($n=40$), as restantes percentagens (54,1%; $n=118$) distribuem-se pelos seguintes motivos: “melhorar a aparência física”, “melhorar desempenho físico”, “controlar o peso”, “para conhecer pessoas”, entre outros (ver Output 4, Anexo D, pp. 78-81). Como segundo motivo preferencial da prática, dos 100 inquiridos, destacou-se novamente “motivos de saúde” com uma percentagem de 25% ($n=25$) e a restante percentagem (75%; $n=75$) distribuem-se pelos restantes motivos, acima mencionados. Finalmente, como terceiro motivo de preferência, dos 69 inquiridos 46 afirmaram que um dos motivos é o “controlo do peso” (66,7%).

Os participantes foram também questionados se havia algum momento do ano em que não praticavam AF. Dos 242 respondentes, 185 revelaram que havia momentos em que não praticavam, sendo os mais prevalentes o Verão (54,6%; $n=100$) e o Inverno (36,1%; $n=66$), devido principalmente às condições meteorológicas ou às férias dos participantes (ver Output 5, Anexo D, pp. 80-82).

Finalmente, relativamente à questão do parceiro para a prática de AF, dos 289 inquiridos, mais de metade (65,1%; $n=187$) responderam que praticavam AF acompanhados, bem como 84,5% destes afirmaram que iam praticar na mesma se o parceiro não pudesse ir. Os parceiros dos participantes de AF mais referidos foram os “Amigos” (42,8%; $n=80$), seguidamente o “Cônjuge” (36,4%; $n=68$) (ver Output 6, Anexo D; pp. 82-84).

De seguida, foram analisados os participantes que afirmaram não praticar AF e os participantes que praticam pelo menos uma vez por semana. Dos 355 participantes, 26,5% ($n=94$) afirmam não praticar AF ou praticar uma vez por semana. Destes 94 participantes, 29,8% ($n=28$) reportaram praticar AF uma vez por semana e 66 participantes, como já se referiu, não praticam quaisquer tipo de AF.

De acordo, com o nosso objectivo, a maior percentagem dos participantes que acorrem a este evento incide nos praticantes de AF (73,1%), que neste caso praticam 2 ou mais vezes por semana ($n=261$).

Para este efeito, procedeu-se à análise dos obstáculos que os participantes definem como impedimento da prática de AF. Dos 66 inquiridos que referiram que não praticam AF, cerca de 30% ($n=20$) referem que é devido à “falta de tempo”, de seguida, 15,2% ($n=10$) referem que “não têm vontade”, 13,6% ($n=9$) deve-se à “falta de dinheiro”. Dos 7 participantes que apontaram um segundo obstáculo, a “falta de dinheiro” e a “saúde” foram os mais prevalentes (57,2%; $n=4$) (ver Output 7, Anexo D, pp. 84-85).

Duração (em minutos) da prática de Actividade Física

Após as análises anteriores, torna-se pertinente verificar a duração (em minutos) auto-reportada de cada AF e verificou-se que a média da prática de AF é de 1 hora e 25 minutos ($M=85\text{min}$; $DP= 54,9$), sendo que o mínimo tempo da prática é de 10 minutos e o máximo é de 360 minutos, ou seja, 6 horas (ver Output 8, Anexo D, pp. 85-87). Estes valores máximos verificam-se pois alguns participantes reportaram praticar mais do que um tipo de AF e portanto, esta duração é distribuída pelas diferentes práticas. Desta forma, verificou-se que dos 289 participantes que reportaram praticar AF, 118 (40,8%) praticam 2 modalidades diferentes e destes 118, 26 (9%) praticam 3 modalidades de AF (ver Output 9, Anexo D, pp. 87-90).

Modalidade de Actividade Física

Após a análise da frequência semanal da Actividade Física destes participantes, importa descrever os tipos de modalidade mais frequente que os participantes do DC reportaram ao longo das quatro edições, analisando graficamente a mesma (Figura 2).

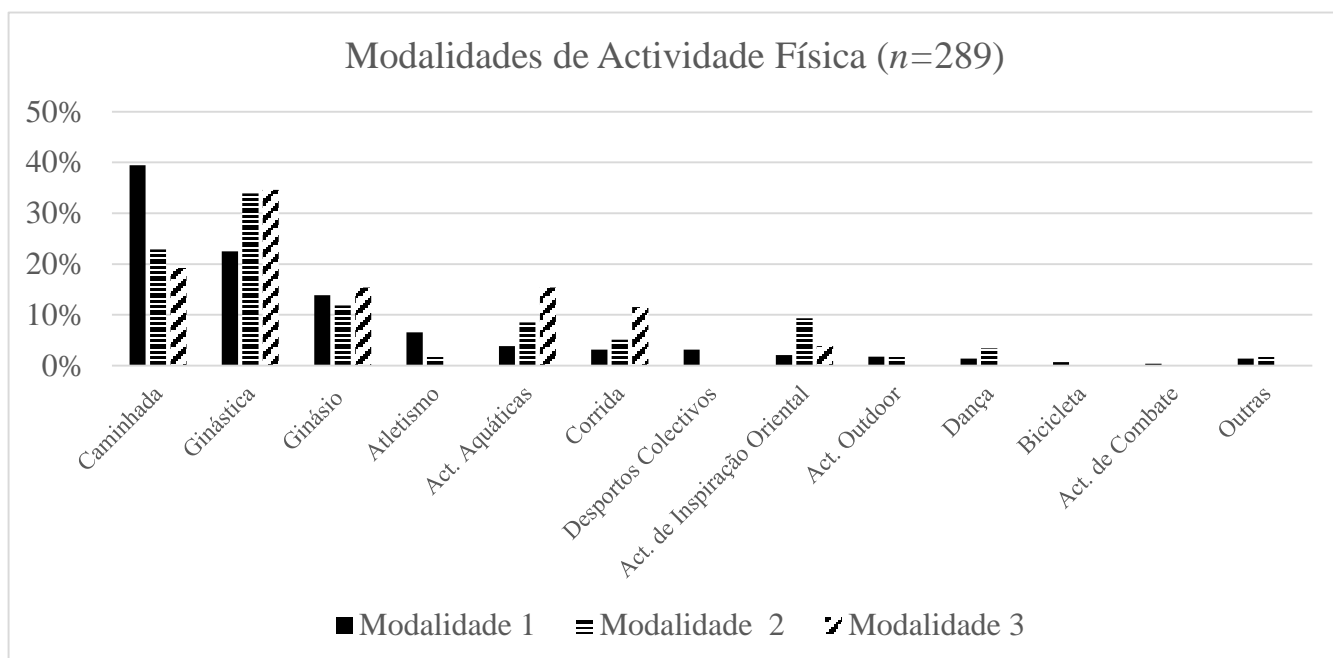


Figura 2 Modalidades de Actividade Física dos participantes do Desafio do Coração.

Dos 289 participantes que reportaram praticar AF, a Caminhada foi o tipo mais prevalente (39,5%), seguidamente com uma percentagem de 23% a Ginástica e finalmente 14% dos participantes reportaram como primeira modalidade actividades de Ginásio. Ainda como primeira modalidade, 24,3% dos participantes reportaram actividades como Atletismo, Actividades Aquáticas (e.g. natação, hidroginástica, hidroterapia, etc.), Corrida, Desportos Colectivos (e.g. Futebol, Basquete, Andebol, etc.), Actividades de Inspiração Oriental (e.g. Tai Chi, Yoga, etc.), entre outras actividades representadas na Figura 4. Face aos 118 inquiridos que praticam uma segunda modalidade de AF, 34% afirmam praticar Ginástica, seguidamente de 23% Caminhada e 12% dos participantes referem que praticam actividades de Ginásio. Ainda a acrescentar, 18% destes participantes praticam uma segunda modalidade como Actividades Aquáticas e Actividades de Inspiração Oriental. As restantes percentagens (13,6%) estão distribuídas pelas actividades de Atletismo, Corrida, Actividades Outdoor (e.g. BTT, *Rappel*, escalada, etc.), Dança, entre outras actividades representadas igualmente na Figura 2. Finalmente, dos 26 inquiridos que reportaram praticar uma terceira modalidade de AF, o valor mais prevalente é de 35% na Ginástica, 30,8% igualmente distribuídas pela prática de

atividades de ginásio e actividades aquáticas e 19,2% na prática de Caminhada. A corrida foi apontada pelos participantes com uma percentagem de 12% numa terceira modalidade.

Dados Biométricos e Clínicos

Realizada a caracterização da AF dos participantes deste evento, torna-se importante caracterizar os dados clínicos e biométricos dos mesmos, onde se poderá analisar através da Tabela 5 e 6.

Tabela 4 Caracterização dos dados biométricos e clínicos (IMC) dos participantes do Desafio do Coração (frequências e percentagens).

Indicadores	Valores de Referência	Participantes		Praticantes		Não Praticantes		χ^2		
		F	%	F	%	F	%	Estatística	g.l.	Sig.
IMC¹ (kg/m ²) (n=351)	Abaixo de Peso (<18,5)	2	0,6	2	0,7	0	0	6,323	5	0,276
	Peso Normal (18,5 a 24,9)	151	43	116	40,6	35	53,8			
	Excesso de Peso (25 a 29,9)	139	39,2	115	40,2	24	36,9			
	Obesidade I (30 a 34,9)	49	14	43	15,0	6	9,2			
	Obesidade II (35 a 39,9)	8	2,3	8	2,8	0	0			
	Obesidade III (≥ 40)	2	0,6	2	0,7	0	0			

¹ Classificação internacional dos adultos que se encontram abaixo de peso, em excesso de peso e obesidade de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) obtido através da fórmula peso/altura² (World Health Organization, 2011a).

Tabela 5 Caracterização dos dados biométricos e clínicos (Glicémia e Tensão Arterial) dos participantes do Desafio do Coração (frequências e percentagens) (cont.)

Indicadores	Valores de Referência	Participantes		Praticantes		Não Praticantes		χ^2		
		F	%	F	%	F	%	Estatística	g.l.	Sig.

Glicémia ² (n=144)	Hipoglicémia (≤ 70)	7	4,9	5	4,1	2	9,5	2,468	3	0,481
	Normal (71 a 139)	129	89,6	110	89,4	19	90,5			
	Intolerância à Glucose (140 a 199)	7	4,9	7	5,7	0	0			
	Hiperglicémia (≥ 200)	1	0,7	1	0,8	0	0			
Tensão Arterial Sistólica/ Diastólica ³ (n=214)	Ótima (≤120/ ≤80)	90	42,1	70	39,8	20	52,6	2,711	3	0,438
	Normal (121 a 129/ 81 a 84)	77	21,7	66	37,5	11	28,9			
	Normal Alta (130 a 139/ 85 a 89)	33	15,4	29	16,5	4	10,5			
	Hipertensão (≥140/≥90)	14	6,5	11	6,3	3	7,9			

² Valores de referência obtidos pela Associação Nacional de Farmácias (s.d.); ³ Valores de referência obtidos para a combinação da tensão arterial sistólica e diastólica (Lepóri, 2009).

Tal como descrito na secção “Procedimento”, foi possível obter os dados biométricos e clínicos de alguns dos participantes uma vez que estes estavam a ser registados em postos do evento a quem aí se deslocasse voluntariamente. As tabelas 5 e 6 apresentam os dados relativos aos indicadores recolhidos, IMC, glicémia ocasional e tensão arterial sistólica e diastólica, nos participantes. A presente tabela (Tabela 5) revela que a maioria dos participantes (53,2%) apresenta Excesso de Peso (i.e. no ponto de corte de 25 a 29,9) e de Obesidade (i.e. 30 a 34,9), tendo em conta os valores de referência da OMS (World Health Organization, 2011a). No que concerne aos níveis de Glicémia (Tabela 6), o dado mais prevalente é que os participantes apresentam níveis considerados normais de glicémia (89,6%) e o mesmo acontece com o indicador da tensão arterial, revelando níveis considerados como óptimos e normais (63,8%).

Para verificar se as variáveis são independentes (prática/não prática de AF) para cada indicador, realizou-se um teste do Qui-quadrado de *Pearson*, após a verificação dos seus pressupostos (i.e. $N \geq 20$; amostras independentes; 80% $E_{ij} \geq 5$; 100% $E_{ij} > 1$) (ver Output 9, Anexo C, pp. 89-95). Ao analisar o teste do Qui-Quadrado, verifica-se que as variáveis são

independentes entre prática/não prática e o indicador ÍMC ($\chi^2(5)=6,323$; $p>0,01$), o mesmo acontece com o Índice de Glicémia ($\chi^2(3)=2,468$; $p>0,01$) e a Tensão Arterial ($\chi^2(3)=2,711$; $p>0,01$).

Após a análise descritiva dos participantes deste evento, quanto à sua prática ou não de AF, bem como no que concerne aos seus dados biométricos e clínicos, torna-se assim pertinente analisar o segundo objectivo do presente estudo.

Objectivo 2: Prática de Actividade Física e Edições do Desafio do Coração

Tal como descrito, o segundo objectivo do presente trabalho consiste em analisar comparativamente a prática de AF entre as edições do DC desde 2011 a 2015.

A tabela 7 mostra a frequência e percentagem dos inquiridos ao longo das edições que praticam e não praticam AF.

Tabela 6 Prática de Actividade Física dos participantes ao longo das 4 edições do Desafio do Coração.

Edições do Desafio do Coração	Amostra Total (N=355)		Praticantes de AF (n=289)		Não Praticantes de AF (n=66)	
	F	%	F	%	F	%
8ª Edição (DC1 - 2011)	24	7,9	20	6,9	4	6,1
9ª Edição (DC2 - 2013)	218	71,9	172	59,5	46	69,7
10ª Edição (DC3 - 2014)	53	17,5	47	16,3	6	9,1
11ª Edição (DC4 - 2015)	60	16,9	50	17,3	10	15,1

Ao analisar a tabela 7 percebe-se que ao longo das 4 edições o número de praticantes de AF é sempre maior do que o número de não praticantes de AF. A edição onde se obteve mais inquiridos remete para o ano de 2013 ($n=218$).

Posto isto, de forma a analisar se existem diferenças significativas entre as várias edições do DC e a frequência semanal de AF, procedeu-se à realização dos pressupostos para verificar se é possível fazer esta análise inferencial através de um teste paramétrico. Ao analisarmos os pressupostos da normalidade através do teste *Kolmogorov-Smirnov* (para amostras superiores a 50) e o teste *Shapiro-Wilk* (para amostras inferiores a 50) verifica-se que nenhuma das 4 edições apresenta uma distribuição normal ($(SW(20))_{DC1}=0,787$; $p>0,01$; $(KS(172))_{DC2}=0,166$; $p>0,01$; $(SW(44))_{DC3}=0,177$; $p>0,01$; $(SW(53))_{DC4}=0,163$; $p>0,01$). Ao analisar os valores de Assimetria e Curtose verifica-se que a quarta edição do DC apresenta valores muito próximos

aos de referência ($sk=2,02$; $ku=7,00$). Um último pressuposto é a homogeneidade de variâncias através do teste de *Levene*. A análise deste, refere que as variâncias baseadas na média não são homogêneas ($W(3,285)=3,625$; $p>0,01$) (ver Output 12, Anexo D, pp. 96-98). Posto isto, uma vez que não se encontram verificados os pressupostos para a utilização de um teste paramétrico, é necessário utilizar um teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* (Tabela 8).

Tabela 7 Comparação entre as edições do Desafio do Coração e a prática de Actividade Física.

	Edições do Desafio do Coração	N	Estatística de Teste	g.l.	Sig.
Prática de AF	DC1	355	4,853	3	0,183
	DC2				
	DC3				
	DC4				

Ao analisar a Tabela 8, verifica-se que não existem diferenças significativas entre a prática de AF e as edições do DC ao longo dos anos (i.e. 2011 a 2015) ($X^2_{KW}(3)=4,853$; $p>0,05$).

Objectivo 3: Frequência Semanal de Actividade Física e Dados Biométricos e Clínicos

Como terceiro objectivo do presente estudo, pretende-se analisar se existe associação entre a frequência semanal de AF e os dados clínicos e biométricos (i.e. IMC, Glicémia e Tensão Arterial) auto-reportados.

Prática de Actividade Física e Índice de Massa Corporal

Para analisar este terceiro objectivo foi analisado através de uma medida de associação, mais especificamente o Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Este coeficiente mede a direcção e a intensidade da associação entre duas variáveis quantitativas (Marôco & Bispo, 2005). Contudo, deve-se verificar os seus pressupostos (i.e. variáveis quantitativas, que ambas provém de populações com distribuição normal e se a relação entre as duas variáveis é do tipo linear) (Marôco & Bispo, 2005). Posto isto, procedeu-se à análise da distribuição da normalidade através do teste *Kolmogorov-Smirnov* e da análise da Assimetria e Curtose (Marôco & Bispo, 2005). Verificou-se que apenas a variável IMC apresenta uma distribuição normal ($KS(286)=0,170$; $p\geq 0,01$), o mesmo não acontece com a variável frequência de AF total ($KS(286)=0,06$; $p<0,001$). Os valores de assimetria e achatamento revelam o mesmo resultado para a variável IMC ($sk=0,583$; $ku=0,450$) e para a frequência de AF Total ($sk=1,894$;

$ku=7,039$). Testada a normalidade das variáveis concluiu-se que apenas uma variável segue distribuição normal e portanto não permite a realização do Coeficiente de Correlação de *Pearson* (ver Output 14, Anexo D, pp. 99-101). Assim, irá ser utilizado o Coeficiente de Correlação *Spearman*, uma medida igualmente de associação, mas não paramétrica (Tabela 9).

Tabela 8 Média, Desvio Padrão e Correlação de *Spearman* das variáveis Índice de Massa Corporal e frequência semanal total de Actividade Física.

	Média	Desvio Padrão	1	2	Sig.
1. Índice de Massa Corporal	25,9	4,28	1		0,009**
2. Frequência Semanal de Actividade Física	4,10	2,62	-0,154	1	

** . Correlação é significativa a um nível de 0,01.

Analisando a Tabela 9, verifica-se que existe uma associação significativa e negativa entre a frequência total de AF e o IMC ($r_s=-0,154$; $p<0,01$). Estes resultados indicam-nos que quanto maior for a prática de AF, menor será o IMC, tal como era esperado no segundo objectivo do presente estudo. Relativamente à média do IMC ($M=25,9$; $DP=4,28$) corresponde ao valor de referência considerado como Excesso de Peso. Apresenta-se ainda uma média de 4 vezes por semana de AF.

Prática de Actividade Física e Glicémia

Para a análise deste conjunto de variáveis irá ser utilizado o mesmo método estatístico paramétrico, i.e. Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Através do teste para a normalidade *Kolmogorov-Smirnov*, verificou-se que ambas não seguiam uma distribuição normal, não sendo possível validar o pressuposto da normalidade ($KS(123)_{AF}=0,159$; $p<0,01$; $KS(123)_{Glicémia}=0,123$; $p<0,01$), no entanto os valores de Assimetria e Achatamento para a Glicémia ($sk=1,754$; $ku=5,393$) e para a frequência de AF total ($sk=1,127$; $ku=1,914$) não revelaram problemas de assimetria graves que justificassem a utilização de medidas correctivas para a violação do pressuposto da normalidade (ver Output 16, Anexo D, p. 104). Desta forma, realizou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson* (Tabela 10).

Tabela 9 Média, Desvio Padrão e Correlação de *Pearson* para as variáveis Glicémia e frequência semanal total de Actividade Física.

	Média	Desvio Padrão	1	2	Sig.
1. Glicémia	101,32	22,7048	1		0,822
2. Frequência Semanal de Actividade Física	4,10	2,62	0,02	1	

** . Correlação é significativa a um nível de 0,01

Através da análise da Tabela 10, verificou-se que não existe uma associação significativa entre as variáveis descritas, isto significa que mesmo que a frequência de AF seja elevada os níveis de glicémia não pressupõem um aumento ou diminuição destes níveis ($r=0,02$; $p>0,01$). A média do índice de Glicémia ($M=101,32$) é considerada, de acordo com os valores de referência, como normal.

Prática de Actividade Física e Tensão Arterial

Para a análise deste conjunto de variáveis (Frequência Semanal de Actividade Física e Tensão Arterial), uma vez que estamos perante uma variável dependente qualitativa ordinal (Tensão Arterial) e as amostras são independentes optou-se por realizar, primeiramente, os pressupostos para a aplicação de um teste paramétrico (ver Output 18, Anexo D, pp. 104-106), neste caso o teste ANOVA *one-way*. Ao analisarmos a distribuição da normalidade da variável dependente (Tensão Arterial) através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* conclui-se que esta possui apenas em dois grupos (Tensão Arterial: Normal Alta e Hipertensão) distribuição normal ($KS(29)_{Alta}=0,144$; $p>0,01$; $KS(11)_{Hipertensão}=0,226$; $p>0,01$) e os restantes (Óptima e Normal) não apresentam uma distribuição normal ($KS(70)_{Óptima}=0,213$; $p<0,01$; $KS(66)_{Normal}=0,158$; $p<0,01$), tendo em conta o mesmo teste. Contudo, ao analisarmos a Assimetria e a Curtose em ambos os grupos verifica-se que estes se encontram inferiores ao valores de referência ($|sk|<3$; $|ku|<7$) (Marôco 2014). Um último pressuposto é a homogeneidade de variâncias, através do teste de *Levene*. A análise do mesmo, indica que as variâncias baseadas na média são homogéneas ($W(3,172)=0,127$; $p>0,01$). Posto isto, realizou-se o teste paramétrico ANOVA *one-way*, uma vez que a variável Tensão Arterial tem mais do que dois grupos (Tabela 11).

Tabela 10 Diferenças entre os grupos da variável Tensão Arterial e a frequência semanal de AF.

Fonte de Variação	Soma dos Quadrados	<i>g.l.</i>	Quadrados Médios	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
-------------------	--------------------	-------------	------------------	----------	-------------

Frequência Semanal de Actividade Física	Entre os Grupos	27,906	3	9,302	1,489	0,219
	Dentro dos Grupos	1074,640	172	6,248		
	TOTAL	1102,545	175			

Os resultados presentes na tabela 11 apontam que os grupos de valores de referência da Tensão Arterial não apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente à frequência da prática de AF ($F(3;175)=1,489$; $p>0,05$). Ou seja, os valores da prática de AF distribuem-se uniformemente pelos quatro grupos da variável Tensão Arterial (Óptima, Normal, Normal Alta e Hipertensão).

Objectivo 4: Prática de Actividade Física e Variáveis Socio-demográficas

Como quarto objectivo do presente estudo pretende-se analisar se as variáveis sociodemográficas (i.e. género, zona de residência, idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional) estão associadas com a prática de AF.

Para a análise do presente objectivo recorreu-se a uma Regressão Linear, na medida em que se pretende prever o valor de uma variável dependente (prática de AF) a partir de um conjunto de variáveis independentes (i.e. género, zona de residência, idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional), bem como modelar relações funcionais entre variáveis e avaliar se as variações da variável dependente podem ser explicadas de forma significativa (Marôco, 2014). Desta forma, procedeu-se à análise dos pressupostos do modelo. Verificaram-se as condições de aplicação do modelo por recurso à análise gráfica dos resíduos estudentizados (ver Output 20, Anexo D, pp. 108-114), à estatística de *Durbin-Watson* ($d=0,119<2$) e à estatística *VIF*, dado que as variáveis predictoras não apresentam valores de *VIF* > 5 não há necessidade de as eliminar não existindo assim, efeitos de multicolinearidade. Posto isto, procede-se a análise do modelo (Tabela 12).

Tabela 11 Regressão Linear de um modelo explicativo das variáveis sociodemográficas e a prática de Actividade Física.

Variável	Coefficiente de Regressão (B)	Erro Padrão (SE)	Coefficiente de Regressão Estandarizado (β)	Sig.
----------	-------------------------------	------------------	---	------

(Constante)	0,703	0,988		0,477
Idade	0,028	0,011	0,182	0,011
Género	1,050	0,329	0,167	0,002
Concelho de Residência	0,012	0,026	0,024	0,640
Habilitações Literárias	0,133	0,115	0,082	0,248
Situação Profissional	0,084	0,111	0,040	0,448

O modelo de regressão linear (Tabela 12) da frequência de AF em função das variáveis sociodemográficas (idade, género, concelho de residência, habilitações literárias e situação profissional) revelaram-se estatisticamente significativas ($F(5;349)=3,89$; $R^2_a = 0,039$; $p<0,05$). Contudo, averiguando a significância estatística dos coeficientes de regressão de cada variável verifica-se que apenas a idade dos participantes ($\beta=0,182$; $t(349)=2,558$; $p<0,05$) e o género ($\beta=0,167$; $t(349)=3,193$; $p<0,05$) estão associadas com a frequência semanal de AF.

Estudo 2

Objectivo 1: *Follow-up* dois meses após o evento

O primeiro objectivo do Estudo 2 pretende analisar comparativamente a frequência e a duração de AF no momento do DC e após 2 meses do evento.

Pretendeu-se verificar se existem diferenças significativas em 2 momentos, no evento e dois meses após o mesmo, quanto à frequência e duração da prática de AF. Realizou-se um teste *t-Student* para amostras emparelhadas, após a verificação dos pressupostos para aplicação do mesmo. A verificação da normalidade das distribuições foi feita com base no teste *Shapiro-Wilk*, uma vez que este é o menos sensível à dimensão da amostra, sendo o mais apropriado para amostras inferiores a 30. Neste sentido ao analisar a normalidade das distribuições a variável frequência de AF durante o DC apresentou distribuição normal ($SW(17)=0,868$; $p>0,01$), o mesmo aconteceu com a variável duração ($SW(17)=0,928$; $p>0,01$). Quanto à distribuição normal das variáveis 2 meses após o DC, a análise demonstrou que as variáveis frequência de AF e a duração não possuem ($SW(17)_{Frequência}=0,800$; $p<0,01$; $SW(17)_{Duração}=0,813$; $p<0,01$). No entanto, verificou-se novamente as medidas de assimetria e achatamento e estas encontram-se dentro dos valores de referência ($|sk|< 3$; $|ku|< 7$), pelo que se optou por realizar um teste paramétrico para amostra emparelhadas tal como previsto (Tabela 13) (ver Output 21, Anexo D, pp. 114-116).

Tabela 12 Frequência Semanal e Duração (minutos) de AF durante o DC e após 2 meses do evento.

		Média	DP	R (Sig.)	t	g.l.	Sig./2
Par 1	Frequência Semanal Durante o DC	3,294	3,037	0,905 (0,000)	2,991	16	0,0045
	Frequência Semanal após o DC	2,352	2,849				
Par 2	Duração (minutos) Durante o DC	64,7059	41,51320	0,550 (0,022)	2,547	16	0,011
	Duração (minutos) após o DC	40,2941	41,77584				

Ao analisar a Tabela 13, verifica-se que a média da frequência de AF no evento do DC é significativamente maior ($M=3,29$; $DP=3,04$) do que após os dois meses do DC ($M=2,35$; $DP=2,85$) ($t(16)=2,991$; $p<0,01$). A Correlação de *Pearson* entre as duas variáveis é estatisticamente significativa e positiva ($r=0,905$; $p<0,01$), ou seja, existe associação entre estas duas variáveis.

No que se refere à duração da prática de AF, mais uma vez a média é mais elevada no momento do DC ($M=64,71$; $DP=41,51$) do que após os dois meses ($M=40,29$; $DP=41,78$) e mais uma vez estas diferenças são estatisticamente significativas ($t(16)=2,55$; $p<0,05$). Assistindo-se a uma associação significativa e positiva entre as duas variáveis após o DC ($r=0,550$; $p<0,01$).

Seguidamente, apresenta-se a análise gráfica relativamente à prática de AF durante esta iniciativa e após a mesma (Figura 3).

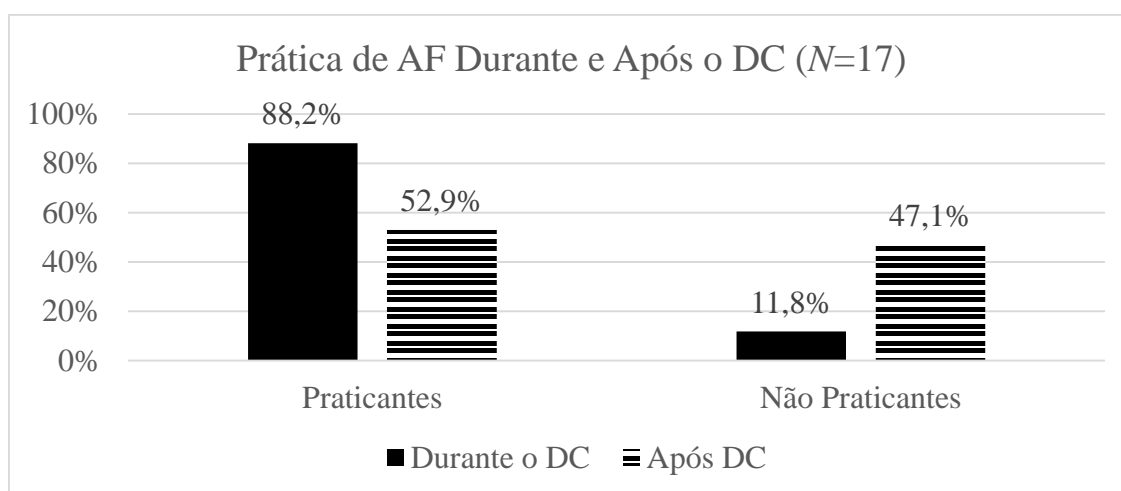


Figura 3 Prática de Actividade Física durante o Desafio do Coração e dois meses após o Desafio do Coração (N=17).

Tendo em conta a Figura 3, verifica-se que dos 17 participantes que disponibilizaram os seus contactos telefónicos, dois meses após o DC, 8 (47,1%) referiram que já não praticavam AF. (ver Output 23, Anexo D, p. 117-118). Os inquiridos que referem não praticar AF são menos (11,8%) durante o evento do que após, ou seja, após o evento existe uma diferença de 5,8% entre praticantes de AF e não praticantes de AF.

Os participantes foram também questionados face à recordação do evento e qual o objectivo/mensagem a transmitir do mesmo. A maioria reportou recordar-se da mensagem do DC ($n=10$), referindo que esta iniciativa tinha o intuito de “prevenir de doenças do coração” ($n=2$); “alimentação saudável” ($n=2$); “vida saudável” ($n=4$); “prática de exercício físico” ($n=2$) (ver Output 24, Anexo D, p. 118).

Objectivo 2: Duração da Prática de AF auto-reportada e Auto-eficácia para ultrapassar barreiras na prática de AF

O último objectivo do presente trabalho tem como intuito analisar se existe relação entre a Auto-eficácia para ultrapassar barreiras com a duração total da prática de AF.

De forma a averiguar se existe uma relação entre as variáveis utilizou-se um coeficiente de correlação de *Pearson*. Contudo, há necessidade de verificar os pressupostos deste e, através do teste de normalidade *Shapiro-Wilk* verificou-se que apenas a variável Auto-eficácia apresenta uma distribuição normal ($SW(17)=0,975$; $p>0,01$). No entanto os valores de Assimetria e Curtose apresentaram-se aceitáveis ($|sk|<3$; $|ku|<7$), não havendo assim, necessidade de utilizar um método não paramétrico (ver Output 25, Anexo D, pp. 119-120). Assim procedeu-se à análise com o coeficiente de correlação de *Pearson* (Tabela 14).

Tabela 13 Média, Desvio Padrão e Correlação de *Pearson* para as variáveis Auto-eficácia e a duração total de actividade física.

	Média	Desvio Padrão	1	2	Sig.
1. Auto-eficácia	2	0,65	1		
2. Duração Total de AF	40,29	41,78	0,332	1	0,193

** . Correlação é significativa a um nível de 0,01

Verificou-se que não existe uma associação significativa entre as variáveis descritas, i.e. a duração da AF não pressupõe um aumento da confiança que os participantes têm na prática de AF ($r=0,332$; $p>0,05$). A média dos respondentes apresenta-se no nível 2, ou seja, moderadamente confiante aquando se deparam de uma barreira para a prática de AF.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como intuito caracterizar uma amostra de participantes que ocorrem a uma iniciativa de promoção de AF e alimentação saudável. O dado mais saliente vai ao encontro de hipóteses anteriormente levantadas (e.g. Björas, Härberg, & Östenson, 1997; Owen, Bauman, Booth, Oldenburg, & Magnus, 1995), os indivíduos que participam nestas iniciativas já estão sensibilizados para a prática de AF, ou seja, já são pessoas activas.

A amostra para este estudo de praticantes de AF que ocorrem a esta iniciativa são na sua grande maioria mulheres, participantes que se encontram maioritariamente casados ou em união de facto, reformados e o ensino básico são as habilitações literárias mais prevalentes destes participantes. Face à faixa etária, são na sua grande maioria mais de 65 anos de idade. A prevalência desta faixa etária, sugere que durante este período assiste-se a um multiplicar de iniciativas promotoras da actividade física nos municípios de onde são oriundos (Região da Grande Lisboa e Distrito de Setúbal). Ainda a acrescentar, o ano de 2012 foi designado como o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade Intergeracional, tendo sido fértil na promoção de oportunidades para a prática de AF entre os mais velhos. Podemos hipotetizar que a prevalência da prática de actividade física dos Portugueses de todas as idades aumentou desde 2009 (TNS Opinion & Social, 2014), e que neste tipo de eventos vemos esse aumento reflectido.

A grande maioria dos participantes, no momento do DC, já tem hábitos de AF (81%), um dado que já tinha sido corroborado em estudos anteriores (Carvalho, Morais & Encantado, 2012; Carvalho & Barja, 2014), face ao mesmo evento e que revelou o mesmo resultado. Ao caracterizar a prática de AF a frequência média semanal dos participantes é de 4 vezes por semana o que é considerado “alguma regularidade” de acordo com o critério utilizado no Eurobarómetro de 2009 e 2014. No que se refere à duração de cada AF, a média dos participantes é de 85 minutos semanais, o que não vai ao encontro das recomendações da OMS, que refere que os adultos entre os 18-64 anos e mais de 65 anos de idade devem fazer pelo menos 150 minutos semanais de actividades aeróbicas (i.e. caminhada, corrida, natação, ciclismo, etc.) moderada ou então, pelo menos 75 minutos de actividades aeróbicas de forte intensidade (World Health Organization, 2010). A caminhada é a actividade com maior predominância nos participantes do DC, tal como já se verificou em estudos anteriores (Carvalho, Morais & Encantado, 2011; Carvalho & Barja, 2014).

Quanto ao segundo objectivo, tendo como intuito a comparação entre todas as edições do DC e a pratica de AF, verificou-se que não existem diferenças significativas entre estas duas

variáveis. Tal como referido, há uma reduzida existência de estudos que avaliam estas iniciativas e o DC não é excepção, não existindo publicações disponíveis relativamente à população que participa neste evento. O estudo de 2011 de Carvalho, Morais e Encantado, sugere que, tal como mencionado, quem participa nestas iniciativas são quem pratica AF e isso verificou-se desde a edição de 2011 a 2015, no presente trabalho. Importa destacar que as várias amostras, i.e. participantes de cada DC não são representativas do mesmo, nem homogêneas quanto ao número de participantes e por esse motivo a interpretação destes dados deve ser feita com cuidado. No entanto, reforça a literatura que parece ser escassa sobre a eficácia destes eventos (Carvalho, Morais & Encantado, 2012).

Relativamente aos dados biométricos e clínicos dos participantes deste evento, ou seja, ao terceiro objectivo do presente estudo (analisar se a prática de Actividade Física está associada com os dados biométricos e clínicos), percebeu-se que quanto ao IMC, os valores mais elevados da presente amostra estão inseridos no valor de referência de Peso Normal (18,5 a 24,9) e Excesso de Peso (25 a 29,9), isto sugere que dado que a nossa amostra tem maioritariamente mais de 65 anos, o IMC deve ser interpretado de forma diferente dos adultos mais novos. Com o avançar da idade, ocorrem mudanças corporais de tal forma que a massa livre de gordura diminui e a massa gorda geralmente aumenta (Heymsfield, Wang, Lichtman, Kamen, Kehayias & Pierson, 1989) sendo armazenada intra-abdominal e intramuscularmente, em vez de subcutaneamente, como no jovem adulto. Assim tem sido sugerido que um IMC mais elevado a partir dos 65 anos de idade, nomeadamente entre os valores de 25-27 é um factor protector da osteoporose (Vorvick, 2013) e da mortalidade (Flicker et al., 2010), considerando assim valores desejáveis. Ainda sobre este tópico verificou-se uma associação negativa entre a frequência total de AF e o IMC, isto significa que à medida que a frequência aumenta o IMC diminui, o que vai ao encontro do esperado (e.g. Department of Health & Human Services, 1996; World Health Organization, 2010; Bock, Linke, Napolitano, Clark, Gaskins, & Marcus, 2014).

O mesmo não foi observado quanto à frequência de AF e o Índice de Glicémia, uma vez que não se observou a uma relação significativa. Uma justificação para este resultado é que de facto o nível de glucose no sangue deriva de vários factores, tal como o tipo de alimentação (ingestão de mais ou menos açúcar), genéticos (e.g. se existe casos próximos na família) e um outro exemplo é a medicação para hiperglicemia, uma vez que não foi possível controlar no presente estudo. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014), sabe-se que em Portugal, 40,3% da população com idades entre os 20 e os 79 anos tem Diabetes ou Hiperglicémia Intermédia, ou seja, 3,1 Milhões de indivíduos e por esse facto, a medicação é

parte fundamental do controlo da mesma, para além das mudanças comportamentais (e.g. prática de AF, alimentação, etc.) (Department of Health & Human Services, 1996; World Health Organization, 2010; Bock, Linke, Napolitano, Clark, Gaskins & Marcus, 2014).

Quanto à Tensão Arterial, não foram encontradas diferenças significativas entre frequência de AF e este indicador. A justificação para não ir ao encontro do segundo objectivo (se existe relação entre as duas variáveis) é muito semelhante ao indicador anterior (Glicémia), mais uma vez não foi controlada a medicação para o controlo da hipertensão, mas sabe-se que em Portugal entre 2000 e 2011 a utilização de anti-hipertensores passou de 189,0 da Dose Diária Definida (DDD) por 1000 habitantes/dia para 376,8, reflectindo um aumento de 99% (Infarmed, 2011).

Relativamente ao quarto objectivo, analisar se as variáveis sociodemográficas (i.e. idade, género, concelho de residência, habilitações literárias e situação profissional) são preditoras da frequência total de AF. De facto os resultados mostram que o modelo testado explica apenas 3,9% da variabilidade, no entanto revelou-se estatisticamente significativo. Isto vai ao encontro de estudos que correlacionam as variáveis sociodemográficas com a prática de AF e se apresentam associadas (Williams & Lord, 1995; Clark, 1996; Sherwood & Jeffery, 2000; Amireault, Godin & Vézina-Im, 2013). Carvalho, Morais e Encantado, apresentaram resultados de que o concelho de residência se encontrou como preditor significativo da prática de AF. Já no presente estudo, apenas a variável idade e o género estão significativamente associadas com a prática AF, pelo que o presente resultado vai parcialmente ao encontro da literatura.

Quanto ao Estudo 2, o primeiro objectivo remete para a análise de diferenças significativas entre a frequência total (número de vezes por semana) e a duração (em minutos) durante o evento e dois meses após o mesmo. Verificou-se o presente objectivo, existindo diferenças estatisticamente significativas entre a frequência de AF durante e após o DC e a duração da prática revelou o mesmo resultado. Dos 17 participantes, apenas 11 mantêm a prática de AF. Isto sugere que os participantes que não mantêm a prática responderam no momento do evento de acordo com o que era socialmente aceite ao contexto que se inseriam (dado que estavam perante um evento de promoção de AF). Um outro motivo remete para o facto da recolha dos questionários por via telefónica ter sido realizada no mês de Julho. No presente trabalho, dados revelaram que factores ambientais, tais como estações do ano (como o Verão e o Inverno) são momentos que os participantes afirmam não praticar AF (e.g. condições meteorológicas, encerramento temporário das instalações, etc.), tal como vários

estudos referiram a variação sazonal e a prática de AF (e.g. Merchant, Dehghan & Akhtar-Danesh, 2007; Santos, Gomes, Ribeiro & Mota, 2005; Matthews et al., 2001). Acrescenta-se ainda que vários autores (Owen, Bauman, Booth, Oldenburg & Magnus, 1995; Cavill & Bauman, 2004; Beaudoin, Fernandez, Wall & Farley, 2007) defendem também que estas iniciativas de promoção de comportamentos saudáveis são percebidos como benéficos mas nem sempre atingem a mudança do comportamento de modo significativo.

Para o segundo objectivo do estudo, aplicou-se uma escala de auto-eficácia validada para a população portuguesa por Marques e Gouveia (2006) de forma a conhecer qual o nível de confiança dos participantes face às barreiras que encontram aquando da prática de AF. Pretendeu-se analisar se existia uma associação entre a escala de auto-eficácia para ultrapassar barreiras e a duração total de AF. Verificou-se que não existe uma associação significativa entre as variáveis, ou seja, o aumento da duração de AF não pressupõe um aumento da auto-eficácia para ultrapassar barreiras, refuta-se assim esta hipótese. Isto sugere que de acordo com Calmeiro e Matos (2004) o factor mais determinante para uma intervenção bem sucedida é capacitar os indivíduos com competências e crenças de eficácia face à prática de AF, mais do que a partilha/transmissão da informação sobre os benefícios desta prática regular.

A pertinência do presente estudo permite a reflexão relativamente a estas campanhas sobre o que é necessário fazer para captar a atenção do público-alvo que possa estar num estadio ainda que de Preparação. Estes resultados parecem sugerir a necessidade de repensar o tipo de estratégias a utilizar para que, mais uma vez, a sensibilização para a prática possa passar também por quem realmente precisa de se comprometer com a mudança de estilos de vida mais saudáveis. Assim, esta iniciativa pode dar um contributo positivo na auto-eficácia do indivíduo que iniciou a prática, comprometendo-se mais com esta (Lee, Arthur & Avis, 2008; McAuley, 1992; McAuley, Lox & Duncan, 1993).

Limitações

Apona-se como primeira limitação metodológica o facto de ambos os questionários serem de hetero-preenchimento, isto pode resultar numa reserva por parte dos participantes em revelar os seus hábitos de AF, produzindo respostas consistentes com a deseabilidade social. Também pode ocorrer o inquirido responder de modo a dar, intencionalmente uma imagem oposta à realidade, dado o contexto (Estádio Universitário de Lisboa) em que se inseria.

O delineamento do Estudo 1 por ser de amostras independentes sucessivas, não nos permite descrever as mudanças individuais dos inquiridos, apenas descreve as mudanças ao longo do tempo dentro das características da população, bem como a não representatividade da população dado que as diferentes amostras ao longo do DC não se apresentam homogéneas quanto ao seu número de participantes (Shaugnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2009).

No Estudo 2, apresenta-se um delineamento longitudinal com uma amostra muito reduzida ($N=17$), este número não nos permite fazer generalizações da população, uma vez que não é representativo e torna-se uma limitação neste tipo de delineamento, uma vez que no DC nem todos os participantes se mostraram disponíveis para fornecer o seu contacto telefónico para a continuação do presente estudo e/ou estudos futuros. Um outra limitação deste segundo estudo, remete para os contactos por telefone. Embora a taxa de sucesso de respondentes tenha sido de 100%, esta forma de recolha sugere disponibilidade dos inquiridos do seu contexto num determinado período de tempo e por esse motivo as questões devem ser breves, não permitindo análises pormenorizadas sobre o tema em questão (Shaugnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2009).

Embora o tipo de amostragem e o número limitado de inquiridos não permita a representatividade da totalidade dos participantes neste evento, estes dados devem ser tomados apenas como indicadores. No entanto, estudos desenvolvidos anteriormente (Carvalho, Morais & Encantado, 2012; Carvalho & Barja, 2014), relativamente ao mesmo evento, alertam para a necessidade de uma nova avaliação do impacto e da efectividade deste tipo de eventos na melhoria da saúde das populações, o presente trabalho pode fornecer um contributo positivo sobre esta iniciativa.

Relativamente às limitações conceptuais, não foram tidas em conta questões sobre a informação que o participante teve sobre a divulgação do evento (i.e. como é que soube da realização do evento, onde viu a divulgação do mesmo), na medida em que seria importante para compreender o tipo de divulgação deste evento e conseqüentemente qual o *target* que vê essa divulgação para posteriormente atrair outro tipo de população. Uma outra limitação de cariz conceptual é o facto de não se avaliar quanto ao estadio de mudança dos participantes, tendo em conta o modelo transteórico de Prochaska, Norcross e DiClemente (1994), uma vez que ao avaliar-se o estadio de mudança dos indivíduos seria uma ferramenta útil para compreender o envolvimento com a prática de AF, uma vez que estadios de preparação ainda não sugerem a mudança, mas uma preparação para a acção na mudança.

Estudos Futuros

Estudos futuros, deverão ter em conta amostras com maior dimensão e representativas de forma a avaliar se os eventos de Promoção da Saúde conseguem efectivamente captar a atenção e o interesse das pessoas que realmente necessitam de modificar o seu comportamento para estilos de vida mais saudáveis, i.e. das pessoas que se encontram nos estadios de mudança de Pré-contemplanção, Contemplanção e Preparação (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994). Para além desta, existe a necessidade de estudos longitudinais de forma a monitorizar a prática de AF, tendo em conta o estadio de mudança do indivíduo.

Sugere-se ainda, a possível comparação deste evento com outros eventos de Promoção da Saúde com características semelhantes i.e. onde exista a divulgação sobre os benefícios de um determinado comportamento saudável, actividades que dinamizem as práticas para um estilo de vida igualmente saudável (e.g. prática de zumba, degustação de alimentos com baixo teor de sal, etc.).

Relativamente à escala de Auto-eficácia para ultrapassar as barreiras em AF, seria pertinente aplicar numa amostra maior, com o objectivo de analisar em maior número a auto-eficácia dos participantes, tal como já foi descrito na secção “Limitações”. Bem como a aplicação da mesma noutros contextos, onde a prática de AF seja critério (e.g. ginásios, participação em maratonas, caminhadas, etc.).

Finalmente, dado que a maioria dos participantes deste evento referiram que existem momentos do ano que não praticam AF, seria pertinente analisar comparativamente a prática de AF em diferentes épocas do ano (e.g. Verão e Inverno) dado que um dos principais motivos para a ausência de prática de AF estão relacionadas com as condições metereológicas, sendo considerada uma barreira assim como a inacessibilidade de espaços durante o Verão.

REFERÊNCIAS

- Allison, M. J., & Keller, C. (2004). Self-efficacy intervention effect on physical activity in older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 26(1), 31-46.
- Annesi, J. J. (2005). Changes in depressed mood associated with 10 weeks of moderate cardiovascular exercise in formerly sedentary adults. *Psychological Reports*, 96, 855-862. doi:10.2466/pr0.96.3.855-862
- Amireault, S., Godin, G., & Vézina-Im, L. A. (2013). Determinants of physical activity maintenance: a systematic review and meta-analyses. *Health Psychology Review*, 7(1), 55-91.
- Armstrong, C., Sallis, J., Hovell, M. & Hofstetter, R (1993). Stages of Change, Self-Efficacy, and the adoption of vigorous exercise: A Prospective Analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 15, 390-402.
- Associação Nacional de Farmácias. (s.d.). Fluxograma de Intervenção Farmacêutica na Diabetes.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1977a). Social learning theory. In B. B. Wolman & L. R. Pomroy (Eds.), *International encyclopedia of psychiatry, psychology, psychoanalysis, and neurology* (Vol. 10). New York: Van Nostrand-Reinhold.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. *Neurobiology of learning, emotion and affect*, 4, 229-270.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York, Ny: Freeman.
- Bandura, A., & Cervone, D. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *Journal of personality and social psychology*, 45(5), 1017-1028.
- Beaudoin, C. E., Fernandez, C., Wall, J. L., & Farley, T. A. (2007). Promoting Healthy Eating and Physical Activity - Short-Term Effects of a Mass Media Campaign. *American Journal of Preventive Medicine*, 217-223.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). Psicologia e promoção da saúde. Lisboa: Climepsi.
- Biddle, S. J., & Nigg, C. R. (2000). Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology*, 31(2), 290-304.

- Björas, G.; Härberg, L.K.; & Östenson, C.G. (1997). Walking campaigns—a useful way to get people involved in physical activity? Experience from the Stockholm Diabetes Prevention Program (SDPP). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 237-238.
- Bock, B. C., Linke, S. E., Napolitano, M. A., Clark, M. M., Gaskins, R. B., & Marcus, B. H. (2014). Exercise initiation, adoption, and maintenance in adults: Theoretical models and empirical support.
- Bontempi, J., Fagen, M., & Roe, K. (2010). Implementation Tools, Program Staff, and Budgets. Em C. Fertman, & D. Allensworth, *Health Promotion Programs: From Theory to Practice* (pp. 153-180). São Francisco: Jossey-Bass.
- Bozoian, S., Rejeski, W. J., & McAuley, E. (1994). Self-efficacy influences feeling states associated with acute exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 326-326.
- Borghi, J., & Jan, S. (2008). Measuring the benefits of health promotion programmes: Application of the contingent valuation method. *Health Policy*, 87(2), 235-248.
- Brandstetter, S., Mccool, M., Wise, M., & Loss, J. (2012). Australian health promotion practitioners' perceptions on evaluation of empowerment and participation. *Health Promotion International*, 1-11.
- Buckworth, J. & Dishman, R. K. (2002). *Exercise Psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Calmeiro, L., & Matos, M. (2004). Modelos de intervenção na promoção da actividade física. Em L. Calmeiro, & M. Matos, *Psicologia do Exercício e da Saúde* (pp. 135-152). Lisboa: Visão e Contextos.
- Carvalho, C. & Barja, D. (2014). Eventos de promoção da actividade física: necessidade ou redundância?. In I. Leal, J. Ribeiro, I. Silva, R. Meneses, (Eds.), *Actas do 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.220-228) Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Carvalho, C., Morais, V., & Encantado, J. (2012). Sedentários ou Activos? Caracterização de uma Amostra de Participantes em Eventos de Sensibilização para a Actividade Física. *Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas.*, 60-68.
- Cavill, N., & Bauman, A. (2004). Changing the way people think about health-enhancing physical activity: do mass media campaigns have a role? *Journal of Sports Sciences*, 771-790.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Work Place Health Promotion*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/model/index.html>

- Chen, W., Sheu, J., & Chen, H. (2010). Making Decisions to Create and Support a Program. Em C. Fertman, & D. Allensworth, *Health Promotion Programs: From Theory to Practice* (pp. 121-152). São Francisco: Jossey-Bass.
- Clark, D. O. (1996). Age, socioeconomic status, and exercise self-efficacy. *The Gerontologist*, 36(2), 157-164.
- Courneya, K. S., & McAuley, E. (1995). Cognitive mediators of the social influence-exercise adherence relationship: A test of the theory of planned behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 18(5), 499-515.
- Crib, A., Haycox, A. (1989). Economic analysis in the evaluation of health promotion. *Community Medicine*; 11: 299-305
- Department of Health, & Human Services. (1996). *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. DIANE Publishing. United States.
- DGS. (2015). DGS. Obtido de Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar - ENPAF: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-e-bem-estar-documento-em-discussao-publica1.aspx>.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2014). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2014*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Diabetologia : <http://www.apdp.pt/index.php/diabetes/factos-e-numeros/diabetes-factos-e-numeros-2014>
- Dias, M. D. R., Duque, A. F., Silva, M. G., & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia. *Análise Psicológica*, 3(22), 463-73.
- Dishman, R.K. (1993). Exercise Adherence. In R.N. Singer, M. Murphey & L.K. Tennant (Eds.), *Handbook of Research on Sport Psychology* (pp. 779-798). New York: Macmillan.
- Dishman, R.K., Buckworth, J., 1996. Increasing physical activity: a quantitative synthesis. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 28, 706–719.
- Dishman, R. K., Sallis, J. F., & Orenstein, D. R. (1985). The determinants of physical activity and exercise. *Public health reports*, 100(2), 158.
- Dubbert, P. & Stetson, B. (1996). Exercise and Physical Activity. In A.M. Goreczny (Eds.), *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology* (pp. 255-274). Plenum Press.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., & O’Neal, H. A. (2001). Physical activity dose–response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(6), 587–597. doi:10.1097/00005768-200106001-00027

- Estádio Universitário de Lisboa. (2015) *Calendário*: Recuperado de: <http://www. estadio.ulisboa.pt/calendario/?day=7&month=5&year=2015&tipo=d>
- Eysenck, H. J. (1978). Expectations as causal elements in behavioural change. *Advances in behaviour research and therapy*, 1(4), 171-175.
- Flicker, L., McCaul, K., Hankey, G., Jamrozik, K., Brown, W., Byles, J. & Almeida, O. (2010). Body Mass Index and Survival in Men and Women Aged 70 to 75. *Journal of the American Geriatrics Society*; 58, 234-241
- French, J. (2006). Targeting, standards and indicators. Em M. Davies, & W. Macdowall, *Health Promotion Theory* (pp. 77-90). Glasgow: RefineCatck Limited.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (s.d.). *Atividades*. Recuperado de: <http://www.fpcardiologia.pt/atividades/maio-mes-do-coracao/maio-mes-coracao-2014/11a-edicao-desafio-coracao/>
- Garcia, A.W., & King, A.C., (1991). Predicting long-term adherence to aerobic exercise: a comparison of two models. *Journal of Sport and Exercise Psychology* 13, 394–410.
- Gauvin, L., & Spence, J. C. (1996). Physical activity and psychological well-being: knowledge base, current issues, and caveats. *Nutrition Reviews*, 54(4), S53.
- Grilo, A. M., & Pedro, H. (2005). Contributos da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(1), 69-89.
- Hammond, D., McDonald, P. W., Fong, G. T., Brown, K. S., & Cameron, R. (2004). The impact of cigarette warning labels and smoke-free bylaws on smoking cessation: evidence from former smokers. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 201-204.
- Hillsdon, M.; Cavill, N.; Nanchahal, K.; Diamond, A. & White, I. (2001). National level promotion of physical activity: results from England's ACTIVE for LIFE campaign. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 755–761
- Infarmed. (2011). *Medicamentos do Aparelho Cardiovascular: Uma análise dos padrões de utilização e despesa em Portugal Continental entre 2000 e 2011*. Obtido de Infarmed:http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/Relatorio_ApCardiovascular.pdf
- King, A.C., Blair, S.N., Bild, D.E., Dishman, R.K., Dubbert, P.M., Marcus, B.H., Oldridge, N.B., Paffenbarger Jr., R.S., Powell, K.E., Yeager, K.K., 1992. Determinants of physical activity and interventions in adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 24, S221–S236.

- Lee, L. L., Arthur, A., & Avis, M. (2007). Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine, 44*(2), 160-166.
- Lee, L. L., Arthur, A., & Avis, M. (2008). Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies, 45*(11), 1690-1699.
- Leshner, G., Vultee, F., Bolls, P. D., & Moore, J. (2010). When a fear appeal isn't just a fear appeal: The effects of graphic anti-tobacco messages. *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 54*(3), 485-507.
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients*. London: Croom Helm.
- Leyens, J.P., & Yzerbyt, V. (1999). Atitudes e Persuasão. *Psicologia Social*. Lisboa: Edições 70.
- Linnan, L. and Steckler, A. (2004) Process evaluation for public health interventions and research – an overview. In Steckler, A. and Linnan, L. (eds), *Process Evaluation for Public health Interventions and Research*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Ludbrook, A., Godfrey, C., Wyness, L., Parrott, S., Haw, S., Napper, M., & van Teijlingen, E. (2002). Effective and cost-effective measures to reduce alcohol misuse in Scotland. *Edinburgh: Scottish Executive Health Department*.
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.
- Maheswaran, D., & Meyers-Levy, J. (1990). The influence of message framing and issues involvement. *Journal of Marketing Resources, 27*, 361-7.
- Marcus, B. (1995). Exercise behavior and strategies for intervention. *Research quarterly for exercise and sport, 66*(4), 319-323.
- Marcus, B. H., Banspach, S. W., Lefebvre, R. C., Rossi, J. S., Carleton, R. A., & Abrams, D. B. (1992). Using the stages of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. *American journal of health promotion, 6*(6), 424-429.
- Marcus, B., Dubbert, P., Forsyth, L., McKenzie, T., Stone, E., Dunn, A., & Blair, S. (2000). Physical activity behavior change: issues in adoption and maintenance. *Health Psychology, 19*(1), 32-41
- Marcus, B., Owen, N., Forsyth, L., Cavill, N., & Fridinger, F. (1998). Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology. *American journal of preventive medicine, 15*(4), 362-378.

- Marcus, B., & Simkin, L. (1994). The transtheoretical model: applications to exercise behavior. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 26(11), 1400-1404.
- Marques, M. & Gouveia, M.J. (2006). Adaptação portuguesa do questionário de auto-eficácia para ultrapassar barreiras à prática de actividade física. In I. Leal, J. Ribeiro, S. Neves de Jesus, (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.497-501) Lisboa: ISPA.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J., & Bispo, R. (2005). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, M.G. & Sardinha, L.B. (1999). Estilos de Vida Activos e Qualidade de Vida: Um Guia para a prática da Promoção da Saúde. In L.B. Sardinha, M.G. Matos & I.
- Matthews, C. E., Freedson, P. S., Hebert, J. R., Stanek, E. J., Merriam, P. A., Rosal, M. C., Ebbeling, C. B. & Ockene, I. S. (2001). Seasonal variation in household, occupational, and leisure time physical activity: longitudinal analyses from the seasonal variation of blood cholesterol study. *American journal of epidemiology*, 153(2), 172-183.
- McAuley, E. (1992). The role of efficacy cognitions in the prediction of exercise behavior in middle-aged adults. *Journal of behavioral medicine*, 15(1), 65-88.
- McAuley, E., & Courneya, K. S. (1992). Self-Efficacy Relationships With Affective and Exertion Responses to Exercise 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 22(4), 312-326.
- McAuley, E., Courneya, K. S., & Lettunich, J. (1991). Effects of acute and long-term exercise on self-efficacy responses in sedentary, middle-aged males and females. *The Gerontologist*, 31(4), 534-542.
- McAuley, E., Courneya, K. S., Rudolph, D. L., & Lox, C. L. (1994). Enhancing exercise adherence in middle-aged males and females. *Preventive medicine*, 23(4), 498-506.
- McAuley, E., Lox, C., & Duncan, T. E. (1993). Long-term maintenance of exercise, self-efficacy, and physiological change in older adults. *Journal of gerontology*, 48(4), 218-224.
- McNeill, A. & Heuston, J. (1999). HEA Drugs Publicity and Information Campaign: Learning from the HEA Research. HEA, London
- Merchant, A. T., Dehghan, M., & Akhtar-Danesh, N. (2007). Seasonal variation in leisuretime physical activity among Canadians. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 203-208.

- Mujika, I., & Padilla, S. (2000a). Detraining: Loss of training-induced physiological and performance adaptations. Part I: short term insufficient training stimulus. *Sports Medicine*, 30(2), 79-87.
- Mujika, I., & Padilla, S. (2000b). Detraining: Loss of training-induced physiological and performance adaptations. Part II: Long term insufficient training stimulus. *Sports Medicine*, 30(3), 145-154.
- Newton, R. U., & Galvão, D. A. (2008). Exercise in prevention and management of cancer. *Current Treatment Options in Oncology*, 9, 135–146. doi:10.1007/s11864-008-0065-1
- Nutbeam, D. (2006). Using theory to guide changing individual behaviour. Em M. Davies, & W. Macdowall, *Health Promotion Theory* (pp. 24-36). Glasgow: RefineCatck Limited.
- Owen, N., Bauman, A., Booth, M., Oldenburg, B. & Magnus, P. (1995). Serial Mass-Media Campaigns to Promote Physical Activity: Reinforcing or Redundant? *Public Health Briefs*, 244-248.
- Peluso, M. A., & Andrade, L. H. (2005). Physical activity and mental health: The association between exercise and mood. *Clinics [Journal online]*, 60(1), 61–70. doi:10.1590/S1807-59322005000100012
- PORDATA. (2014). *Óbitos por algumas causas de morte em Portugal*. Recuperado de: <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%c3%a1fico/5685930>
- Poscente, N., Rothstein, M., & Irvine, M. J. (2002). Using marketing research methods to evaluate a stage-specific intervention. *American journal of health behavior*, 26(4), 243-251.
- Potvin, L. and Richard, L. (2001) Evaluating community health promotion programmes. *WHO Regional Publications*, 213–240.
- Price, J., Dake, J., & Ward, B. (2010). Assessing the Needs of Program Participants . Em C. Fertman, & D. Allensworth, *Health Promotion Programs: From Theory to Practice* (pp. 91-119). São Francisco: Jossey-Bass.
- Prochaska, J.O. & Marcus, B.H. (1994). The Transtheoretical Model: Applications to Exercise. In R.K. Dishman (Ed.), *Advances in Exercise Adherence* (pp. 161-180). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Reger, B., Cooper, L., Booth-Butterfield, S., Smith, H., Bauman, A., Wootan, M., ... & Greer, F. (2002). Wheeling Walks: a community campaign using paid media to encourage walking among sedentary older adults. *Preventive Medicine*, 35(3), 285-292.

- Reichert, F. F., Barros, A. J., Domingues, M. R., & Hallal, P. C. (2007). The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *American journal of public health, 97*(3), 515.
- Rhodes, R.E., Martin, A.D., Taunton, J.E., Rhodes, E.C., Donnelly, M., & Elliot, J. (1999). Factors associated with exercise adherence among older adults. An individual perspective.. *Sports Medicine 28*, 397–411.
- Ribeiro, J. L. (1989). A intervenção psicológica na promoção da saúde. *Jornal de Psicologia, 8* (2), 19-22.
- Ribeiro, J. L. (1994). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In: T. McIntire (Edt.) *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33-55). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J. L. (1994a). Psicologia da Saúde, Saúde e Doença. In T. M. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. Braga: APPORT.
- Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. (2005). A psicologia no campo da saúde e a evolução do campo da saúde. Em J. L. Ribeiro, *Introdução à Psicologia da Saúde* (pp. 49-61). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. (2010). População ou universo e amostra. Em J. Ribeiro, *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (pp. 41-44). Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Richmond, J. (1979). *Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U. S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Rodgers, J. E. (1999). Introduction of Section: overarching considerations in risk communications: romancing the message. *The Journal of the National Cancer Institute Monographs, 25*, 21-22.
- Sallis, J.F., Criqui, M.H., Kashani, I.A., Rupp, J.W., Calfas, K.J., Langer, R.D., Nader, P.R., Ross Jr., J., (1990). A program for health behavior change in a preventive cardiology center. *American Journal of Preventive Medicine 6*, 43–50.
- Sallis, J.F., Haskell, W.L., Fortmann, S.P., Vranizan, K.M., Taylor, C.B., Solomon, D.S., (1986). Predictors of adoption and maintenance of physical activity in a community sample. *Preventive Medicine 15*, 331–341.
- Sallis, J. F. & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioural medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Santos, M. P., Gomes, H., Ribeiro, J. C., & Mota, J. (2005). Variação sazonal na actividade física e nas práticas de lazer de adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, 5*(2), 192-201.

- Shaugnessy, J., Zechmeister, E., & Zechmeister, J. (2009). Survey Research. Em J. Shaugnessy, E. Zechmeister, & J. Zechmeister, *Research methods in psychology* (pp. 140-171). New York: Mcgraw-hill.
- Sherwood, N. E., & Jeffery, R. W. (2000). The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual review of nutrition*, 20(1), 21-44.
- Sherif, M., & Hovland, C. (1961). *Social Judgement: Assimilation and Constrast Effects in Communication and Atitude Change*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Silva, P. (2002). A educação para a saúde e o marketing social. In M. R. Dias, & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 190-211). Lisboa: Climepsi.
- Smith, B.; Fergusson, C.; McKenzie, J.; Bauman, A.; & Vita, P. (2002). Impacts of repeated mass media campaigns to promote sun protection in Australia. *Health Promotion International*, 17, 51-60.
- Sofi, F., Capalbo, A., Cesari, F., Abbate, R., & Gensini, G. (2008). Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: An updated meta-analysis of cohort studies. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 15, 247–257. doi:10.1097/HJR.0b013e3282f232ac.
- Spence, R. R., Heesch, K. C., & Brown, W. J. (2010). Exercise and cancer rehabilitation: A systematic review. *Cancer Treatment Reviews*, 36, 185–194. doi:10.1016/j.ctrv.2009.11.003
- Taylor, S. (1999). Health promotion and the practice of health behaviors. Em S. Taylor, *Health Psychology* (pp. 61-82) New York: McGraw-Hill International Editions.
- TNS Opinion & Social (2010). *Special Eurobarometer 334 / Wave 72.3 – Sport and Physical Activity*. Brussels: Directorate General Education and Culture. Recuperado de http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf
- TNS Opinion & Social (2014). *Special Eurobarometer 412 / Wave EB80.2 – Sport and Physical Activity*. Belgium: Directorate General Education and Culture. Recuperado de http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf
- Thompson, W. G., Cook, D. A., Clark, M. M., Bardia, A., & Levine, J. A.(2007). Treatment of obesity. *Mayo Clinic Proceedings*, 82, 93–101.
- União Europeia. (2013). *Compreender as políticas da União Europeia: Saúde pública*. Bruxelas: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Vogel, T., Brechat, P. H., Leprêtre, P. M., Kaltenbach, G., Berthel, M., & Lonsdorfer, J. (2009). Health benefits of physical activity: The evidence. *International Journal of Clinical Practice*, 63, 303–320. doi:10.1111/j.1742-1241.2008.01957

- Vorvick, L.J. (2014). *Body Mass Index*. In National Institutes of Health Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007196.htm>
- Warburton, D. E., Charlesworth, S., Ivey, A., Nettlefold, L., & Bredin, S. S. (2010). A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 7(1), 39.
- Weinberg, R.S. & Gould, D. (1995). Exercise Behavior and Adherence. In Weinberg, R. S. & Gould, D., *Foundations of Sport and Exercise Psychology* (pp. 425-456). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Weinstein, N. (1983). Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychology*, 2, 11-20.
- Wicke, D.M., Lorge, R.E., Coppin, R.J., & Jones, K.P. (1994). The effectiveness of waiting room notice-boards as a vehicle for health education. *Family Practice*, 11, 292-295.
- Williams, P., & Lord, S. R. (1995). Predictors of adherence to a structured exercise program for older women. *Psychology and aging*, 10(4), 617.
- Wimbush, E.; MacGregor, A. & Fraser, E. (1998) Impacts of a national mass media campaign on walking in Scotland. *Health Promotion International*, 13, 45–53.
- World Health Organization (2004). *WHO. Global Database on Body Mass Index*: Recuperado de <http://www.assessmentpsychology.com/icbmi.htm>
- World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
- World Health Organization (2011). *Ottawa Charter for Health Promotion*: Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

ANEXOS

Anexo A – Caracterização dos Participantes

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade dos Participantes	355	18	93	57,26	18,749
Valid N (listwise)	355				

Género dos Participantes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Feminino	252	71,0	71,0	71,0
Masculino	103	29,0	29,0	100,0
Total	355	100,0	100,0	

Concelho de Residência dos Participantes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lisboa	164	46,2	46,2	46,2
Loures	25	7,0	7,0	53,2
Oeiras	10	2,8	2,8	56,1
Amadora	21	5,9	5,9	62,0
Setúbal	9	2,5	2,5	64,5
Vila Franca de Xira	3	,8	,8	65,4
Sintra	22	6,2	6,2	71,5
Odivelas	57	16,1	16,1	87,6
Cascais	6	1,7	1,7	89,3
Maфра	3	,8	,8	90,1
Almada	8	2,3	2,3	92,4
Santarem	2	,6	,6	93,0
Seixal	3	,8	,8	93,8
Montijo	2	,6	,6	94,4
Alcochete	10	2,8	2,8	97,2
Elvas	1	,3	,3	97,5
Sesimbra	3	,8	,8	98,3
Entroncamento	2	,6	,6	98,9
Beja	1	,3	,3	99,2
Algarve	2	,6	,6	99,7

Leiria	1	,3	,3	100,0
Total	355	100,0	100,0	

Statistics

Idade dos Participantes

N	Valid	17
	Missing	0
Mean		49,53
Std. Deviation		18,974
Minimum		18
Maximum		77

Idade dos Participantes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18	1	5,9	5,9	5,9
19	1	5,9	5,9	11,8
23	1	5,9	5,9	17,6
32	1	5,9	5,9	23,5
36	1	5,9	5,9	29,4
40	1	5,9	5,9	35,3
42	1	5,9	5,9	41,2
50	1	5,9	5,9	47,1
Valid 51	1	5,9	5,9	52,9
59	1	5,9	5,9	58,8
62	1	5,9	5,9	64,7
63	1	5,9	5,9	70,6
66	2	11,8	11,8	82,4
67	1	5,9	5,9	88,2
71	1	5,9	5,9	94,1
77	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Contacto * Género dos Participantes	58	16,3%	297	83,7%	355	100,0%
Contacto * Idade dos Participantes	58	16,3%	297	83,7%	355	100,0%

Contacto * Género dos Participantes Crosstabulation

Count

		Género dos Participantes		Total
		Feminino	Masculino	
Contacto	Sim	13	4	17
	Não	29	12	41
Total		42	16	58

Anexo B – Questionário administrado nas várias edições do Desafio do Coração

Anexo C – Questionário administrado por via telefónica

Anexo D – Outputs

Output 1 para a realização da Tabela 3 e 4

Género dos Participantes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Feminino	252	71,0	71,0	71,0
Masculino	103	29,0	29,0	100,0
Total	355	100,0	100,0	

Estado Cívil dos Participantes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Casado (a) / União de Facto	175	49,3	49,3	49,3
Solteiro (a)	92	25,9	25,9	75,2
Divorciado (a)	37	10,4	10,4	85,6
Viúvo (a)	51	14,4	14,4	100,0
Total	355	100,0	100,0	

Actualmente encontra-se a trabalhar?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	252	71,0	71,0	71,0
Sim	103	29,0	29,0	100,0
Total	355	100,0	100,0	

situação profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Desempregado	23	6,5	8,9	8,9
Estudante	30	8,5	11,7	20,6
Reformado	195	54,9	75,9	96,5
outra situação	9	2,5	3,5	100,0
Total	257	72,4	100,0	

Missing	System	98	27,6	
Total		355	100,0	

Actualmente pratica actividade fisica?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	66	18,6	18,6	18,6
Valid Sim	289	81,4	81,4	100,0
Total	355	100,0	100,0	

G_Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
15-18	5	1,4	1,4	1,4
19-45	93	26,2	26,2	27,6
Valid 46-65	94	26,5	26,5	54,1
+65	163	45,9	45,9	100,0
Total	355	100,0	100,0	

Frequencies

Concelho de Residência dos Participantes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lisboa	164	46,2	46,2	46,2
Loures	25	7,0	7,0	53,2
Oeiras	10	2,8	2,8	56,1
Amadora	21	5,9	5,9	62,0
Setúbal	9	2,5	2,5	64,5
Vila Franca de Xira	3	,8	,8	65,4
Sintra	22	6,2	6,2	71,5
Odivelas	57	16,1	16,1	87,6
Cascais	6	1,7	1,7	89,3
Mafra	3	,8	,8	90,1
Almada	8	2,3	2,3	92,4
Santarem	2	,6	,6	93,0

Seixal	3	,8	,8	93,8
Montijo	2	,6	,6	94,4
Alcochete	10	2,8	2,8	97,2
Elvas	1	,3	,3	97,5
Sesimbra	3	,8	,8	98,3
Entroncamento	2	,6	,6	98,9
Beja	1	,3	,3	99,2
Algarve	2	,6	,6	99,7
Leiria	1	,3	,3	100,0
Total	355	100,0	100,0	

Frequencies

Com quem vive?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Só	90	25,4	26,4	26,4
Pais	35	9,9	10,3	36,7
Filhos	22	6,2	6,5	43,1
Parceiro (a)	133	37,5	39,0	82,1
Amigos	10	2,8	2,9	85,0
Outro (s)	8	2,3	2,3	87,4
Filhos e parceiro	43	12,1	12,6	100,0
Total	341	96,1	100,0	
Missing System	14	3,9		
Total	355	100,0		

Frequencies

Statistics

G_Idade

N	Valid	355
	Missing	0

G_Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

	18-45	98	27,6	27,6	27,6
Valid	46-65	94	26,5	26,5	54,1
	+65	163	45,9	45,9	100,0
	Total	355	100,0	100,0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Actualmente pratica actividade física? *	355	100,0%	0	0,0%	355	100,0%
Género dos Participantes						

Actualmente pratica actividade física? * Género dos Participantes Crosstabulation

Count

		Género dos Participantes		Total
		Feminino	Masculino	
Actualmente pratica actividade física?	Não	48	18	66
	Sim	204	85	289
Total		252	103	355

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Actualmente pratica actividade física? *	355	100,0%	0	0,0%	355	100,0%
Género dos Participantes						

Actualmente pratica actividade física? * Género dos Participantes Crosstabulation

Count

		Género dos Participantes		Total
		Feminino	Masculino	

Actualmente pratica actividade física?	Não	48	18	66
	Sim	204	85	289
Total		252	103	355

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Actualmente pratica actividade física? *	355	100,0%	0	0,0%	355	100,0%
G_Idade						

Actualmente pratica actividade física? * G_Idade Crosstabulation

Count

		G_Idade			Total
		18-45	46-65	+65	
Actualmente pratica actividade física?	Não	27	18	21	66
	Sim	71	76	142	289
Total		98	94	163	355

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Actualmente pratica actividade física? *	355	100,0%	0	0,0%	355	100,0%
Estado Cível dos Participates						

Actualmente pratica actividade física? * Estado Cível dos Participates Crosstabulation

Count

	Estado Cível dos Participates	Total

		Casado (a) / União de Facto	Solteiro (a)	Divorciado (a)	Viúvo (a)	
Actualmente pratica actividade física?	Não	25	24	9	8	66
	Sim	150	68	28	43	289
Total		175	92	37	51	355

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Actualmente pratica actividade física? *	355	100,0%	0	0,0%	355	100,0%
Habilitações Literárias dos Participantes						

Actualmente pratica actividade física? * Habilitações Literárias dos Participantes Crosstabulation

Count

		Habilitações Literárias dos Participantes						Total	
		Sem escolaridade ou com ensino básico incompleto	Ensino básico completo	Ensino secundário completo	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento		Frequência do ensino superior
Actualmente pratica actividade física?	Não	4	23	15	3	13	1	7	66
	Sim	34	135	42	18	34	3	23	289
Total		38	158	57	21	47	4	30	355

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent

Actualmente pratica actividade física? * situação profissional	257	72,4%	98	27,6%	355	100,0%
---	-----	-------	----	-------	-----	--------

Actualmente pratica actividade física? * situação profissional Crosstabulation

Count

		situação profissional				Total
		Desempregado	Estudante	Reformado	outra situação	
Actualmente pratica actividade física?	Não	3	8	28	2	41
	Sim	20	22	167	7	216
Total		23	30	195	9	257

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Actualmente pratica actividade física? *	355	100,0%	0	0,0%	355	100,0%
Actualmente encontra-se a trabalhar?						

Actualmente pratica actividade física? * Actualmente encontra-se a trabalhar? Crosstabulation

Count

		Actualmente encontra-se a trabalhar?		Total
		Não	Sim	
Actualmente pratica actividade física?	Não	40	26	66
	Sim	212	77	289
Total		252	103	355

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent

Concelho de Residência dos Participantes *	355	100,0%	0	0,0%	355	100,0%
Actualmente pratica actividade física?						

Concelho de Residência dos Participantes * Actualmente pratica actividade física? Crosstabulation

Count

		Actualmente pratica actividade física?		Total
		Não	Sim	
Concelho de Residência dos Participantes	Lisboa	32	132	164
	Loures	8	17	25
	Oeiras	2	8	10
	Amadora	7	14	21
	Setúbal	1	8	9
	Vila Franca de Xira	0	3	3
	Sintra	6	16	22
	Odivelas	7	50	57
	Cascais	0	6	6
	Mafra	1	2	3
	Almada	1	7	8
	Santarem	0	2	2
	Seixal	0	3	3
	Montijo	0	2	2
	Alcochete	0	10	10
	Elvas	0	1	1
	Sesimbra	0	3	3
	Entroncamento	0	2	2
	Beja	0	1	1
	Algarve	0	2	2
Leiria	1	0	1	
Total	66	289	355	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases		
	Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Edição do Desafio do Coração * Actualmente pratica actividade física?	355	100,0%	0	0,0%	355	100,0%

Edição do Desafio do Coração * Actualmente pratica actividade física? Crosstabulation

Count

		Actualmente pratica actividade física?		Total
		Não	Sim	
Edição do Desafio do Coração	DC1	4	20	24
	DC2	46	172	218
	DC3	6	47	53
	DC4	10	50	60
Total		66	289	355

Output 2 para a participação no Desafio do Coração e outros Eventos de Promoção da Saúde

Frequencies

Statistics

costuma participar em eventos deste tipo?

N	Valid	329
	Missing	26
Mean		1,34
Std. Deviation		,474

costuma participar em eventos deste tipo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	218	61,4	66,3	66,3
	Sim	111	31,3	33,7	100,0
Total		329	92,7	100,0	
Missing	System	26	7,3		
Total		355	100,0		

Frequencies

		Statistics	
		É a primeira vez que participa no desafio de coração?	quantas edições deste evento já participou?
N	Valid	330	121
	Missing	25	234
Mean		1,39	3,31
Std. Deviation		,489	2,553

Frequency Table

É a primeira vez que participa no desafio de coração?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	201	56,6	60,9	60,9
	Não	129	36,3	39,1	100,0
	Total	330	93,0	100,0	
Missing	System	25	7,0		
Total		355	100,0		

Output 3 para a realização da Figura 1

Frequencies

		Statistics
AFfreq_Total		
N	Valid	289
	Missing	66
Mean		4,1003
Std. Deviation		2,61811
Minimum		1,00
Maximum		21,00

AFfreq_Total				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1,00	28	7,9	9,7
	2,00	64	18,0	22,1
	3,00	54	15,2	18,7
	4,00	31	8,7	10,7
	5,00	45	12,7	15,6
	6,00	18	5,1	6,2
	7,00	33	9,3	11,4
Valid	8,00	3	,8	1,0
	9,00	3	,8	1,0
	10,00	4	1,1	1,4
	12,00	1	,3	,3
	13,00	1	,3	,3
	14,00	3	,8	1,0
	21,00	1	,3	,3
	Total	289	81,4	100,0
Missing	System	66	18,6	
Total		355	100,0	

Output 4 dos motivos da prática de AF

Motivo 1

Statistics

Quais são as razões que o levam a praticar atividade física?

N	Valid	219
	Missing	136

Quais são as razões que o levam a praticar atividade física?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Para se divertir	43	12,1	19,6	19,6

Para melhorar a aparência física	21	5,9	9,6	29,2
para melhorar o desempenho físico	7	2,0	3,2	32,4
para controlar o peso	15	4,2	6,8	39,3
para estar com os amigos	18	5,1	8,2	47,5
para retardar os efeitos do envelhecimento	9	2,5	4,1	51,6
para melhorar a auto-estima	1	,3	,5	52,1
para aprender/desenvolver novas capacidades	4	1,1	1,8	53,9
pelo espírito de competição	3	,8	1,4	55,3
para conhecer pessoas	2	,6	,9	56,2
não sabe/não responde	3	,8	1,4	57,5
Saúde	22	6,2	10,0	67,6
Recomendação do médico	18	5,1	8,2	75,8
Bem-estar	3	,8	1,4	77,2
para não parar	2	,6	,9	78,1
para sentir melhor	8	2,3	3,7	81,7
profissão	1	,3	,5	82,2
faz bem	2	,6	,9	83,1
para poder andar	2	,6	,9	84,0
Gosto	7	2,0	3,2	87,2
sedentarismo	1	,3	,5	87,7
Para sair de casa	5	1,4	2,3	90,0
meio de deslocação	3	,8	1,4	91,3
necessidade	5	1,4	2,3	93,6
Coração	1	,3	,5	94,1
parte psicológica	1	,3	,5	94,5
Dor	2	,6	,9	95,4
sentir-se activo	1	,3	,5	95,9
porque é um dever	1	,3	,5	96,3
inscrição no club do movimento	1	,3	,5	96,8
mobilidade	4	1,1	1,8	98,6
ocupação do tempo	1	,3	,5	99,1
fazer compras	1	,3	,5	99,5
problemas dos joelhos	1	,3	,5	100,0
Total	219	61,7	100,0	

Missing	System	136	38,3	
Total		355	100,0	

Motivo 2

Statistics

Quais são as razões que o levam a praticar atividade física?

N	Valid	100
	Missing	255

Quais são as razões que o levam a praticar atividade física?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
para melhorar a aparência física	8	2,3	8,0	8,0
para melhorar o desempenho físico	8	2,3	8,0	16,0
para retardar os efeitos do envelhecimento	12	3,4	12,0	28,0
para estar com os amigos	7	2,0	7,0	35,0
Conviver	3	,8	3,0	38,0
Saúde	25	7,0	25,0	63,0
postura	1	,3	1,0	64,0
para melhorar a auto-estima	3	,8	3,0	67,0
para sentir melhor	3	,8	3,0	70,0
Gosto	6	1,7	6,0	76,0
recomendação médica	2	,6	2,0	78,0
para controlar o peso	9	2,5	9,0	87,0
fobia de agua	1	,3	1,0	88,0
é de borla	1	,3	1,0	89,0
mobilidade	4	1,1	4,0	93,0
para conhecer pessoas	1	,3	1,0	94,0
para se divertir	4	1,1	4,0	98,0
para não estar em casa	2	,6	2,0	100,0
Total	100	28,2	100,0	
Missing	System	255	71,8	
Total		355	100,0	

Motivo 3

Statistics

Quais são as razões que o levam a praticar atividade física?

N	Valid	69
	Missing	286

Quais são as razões que o levam a praticar atividade física?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
para controlar peso	46	13,0	66,7	66,7
para se divertir	3	,8	4,3	71,0
para conhecer pessoas	2	,6	2,9	73,9
para estar com os amigos	2	,6	2,9	76,8
melhorar a auto-estima	7	2,0	10,1	87,0
para melhorar o desempenho físico	1	,3	1,4	88,4
retardar os efeitos do envelhecimento	3	,8	4,3	92,8
Gosto	2	,6	2,9	95,7
ocupação	1	,3	1,4	97,1
melhorar a aparência física	2	,6	2,9	100,0
Total	69	19,4	100,0	
Missing				
System	286	80,6		
Total	355	100,0		

Output 5 para o momento do ano em que não pratica AF

Statistics

Há algum período do ano em que não pratica AF?

N	Valid	242
	Missing	113

Há algum período do ano em que não pratica AF?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	57	16,1	23,6	23,6
Valid Sim	185	52,1	76,4	100,0
Total	242	68,2	100,0	
Missing System	113	31,8		
Total	355	100,0		

Statistics

	Qual	Porquê
N Valid	183	211
Missing	172	144

Qual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Inverno	66	18,6	36,1	36,1
Valid Verão	100	28,2	54,6	90,7
Valid Setembro	2	,6	1,1	91,8
Valid depende	2	,6	1,1	92,9
Valid abril	1	,3	,5	93,4
Valid domingo	1	,3	,5	94,0
Valid quando chove	4	1,1	2,2	96,2
Valid à tarde não pratica, só de manhã	1	,3	,5	96,7
Valid Agosto	4	1,1	2,2	98,9
Valid Férias	2	,6	1,1	100,0
Total	183	51,5	100,0	
Missing System	172	48,5		
Total	355	100,0		

Porquê

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

	Clima	76	21,4	36,0	36,0
	Férias	100	28,2	47,4	83,4
	Falta de Tempo	2	,6	,9	84,4
	vindimas	4	1,1	1,9	86,3
	gripe	5	1,4	2,4	88,6
	praia	4	1,1	1,9	90,5
	faz menos corridas	1	,3	,5	91,0
	Dores	1	,3	,5	91,5
	calor	3	,8	1,4	92,9
	quando ha exames	1	,3	,5	93,4
Valid	ausencia - 2ª residencia	3	,8	1,4	94,8
	supermercado está fechado	1	,3	,5	95,3
	tem tiroide e procura estar perto do mar	2	,6	,9	96,2
	só quando está tempo bonito	1	,3	,5	96,7
	muda de contexto, não tem o contexto habitual	1	,3	,5	97,2
	fecha a piscina	3	,8	1,4	98,6
	Não há rotina	2	,6	,9	99,5
	Espaços fechados	1	,3	,5	100,0
	Total	211	59,4	100,0	
Missing	System	144	40,6		
Total		355	100,0		

Output 6 para a prática de AF acompanhado

Statistics

	Pratica actividade física acompanhado?	Se pratica actividade física acompanhado indique com quem	Se o seu parceiro de actividade física não puder ir consigo nesse dia como reage?
N	Valid	289	187
	Missing	66	168

Frequency Table

Pratica actividade física acompanhado?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	101	28,5	34,9	34,9
	Sim	188	53,0	65,1	100,0
	Total	289	81,4	100,0	
Missing	System	66	18,6		
Total		355	100,0		

Se pratica actividade física acompanhado indique com quem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Parceiro(a)	68	19,2	36,4	36,4	
	Pais	3	,8	1,6	38,0	
	Filhos	10	2,8	5,3	43,3	
	Amigos	80	22,5	42,8	86,1	
	Outros familiares	1	,3	,5	86,6	
	Filhos e Parceiro	4	1,1	2,1	88,8	
	Filhos e amigos	3	,8	1,6	90,4	
	Amigos e outros familiares	3	,8	1,6	92,0	
	Pais e amigos	1	,3	,5	92,5	
	Personal trainer	9	2,5	4,8	97,3	
	amigos e parceiro	4	1,1	2,1	99,5	
	Familiares	1	,3	,5	100,0	
	Total		187	52,7	100,0	
	Missing	System	168	47,3		
Total		355	100,0			

Se o seu parceiro de actividade física não puder ir consigo nesse dia como reage?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vai sem ele	158	44,5	84,5	84,5
	Indeciso	10	2,8	5,3	89,8

	Não vai	19	5,4	10,2	100,0
	Total	187	52,7	100,0	
Missing	System	168	47,3		
Total		355	100,0		

Output 7 para a identificação de Obstáculos

		Obst_1			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Falta de dinheiro	9	2,5	13,6	13,6
	Falta de Tempo	20	5,6	30,3	43,9
	Saúde	4	1,1	6,1	50,0
	Preguiça	10	2,8	15,2	65,2
	Não gosta	1	,3	1,5	66,7
	Idade	1	,3	1,5	68,2
	Falta de Companhia	5	1,4	7,6	75,8
Valid	Razões médicas	3	,8	4,5	80,3
	Doença que impede pratica	7	2,0	10,6	90,9
	Falecimento do marido	1	,3	1,5	92,4
	outras razoes	1	,3	1,5	93,9
	falta de motivação	2	,6	3,0	97,0
	não tem idade para isso	1	,3	1,5	98,5
	Não tem conhecimento	1	,3	1,5	100,0
	Total	66	18,6	100,0	
Missing	System	289	81,4		
Total		355	100,0		

		Obst_2			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Falta de Dinheiro	2	,6	28,6	28,6
	Falta de Tempo	1	,3	14,3	42,9
Valid	Saúde	2	,6	28,6	71,4
	Falta de Companhia	1	,3	14,3	85,7
	Não vive cá	1	,3	14,3	100,0

Total		7	2,0	100,0
Missing	System	348	98,0	
Total		355	100,0	

Obst_3

	Frequency	Percent
Missing System	355	100,0

Output 8 para a realização da duração média de AF

Frequencies

Statistics

		AFDuracao_Média	AFDuração_Total
		TOTAL	
N	Valid	289	289
	Missing	66	66
Mean		28,3391	85,0173
Median		20,0000	60,0000
Mode		20,00	60,00
Std. Deviation		18,30306	54,90917
Minimum		3,33	10,00
Maximum		120,00	360,00
Sum		8190,00	24570,00

AFDuracao_Media TOTAL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3,33	2	,6	,7	,7
5,00	2	,6	,7	1,4
6,67	7	2,0	2,4	3,8
8,33	2	,6	,7	4,5
10,00	27	7,6	9,3	13,8
13,33	6	1,7	2,1	15,9
15,00	29	8,2	10,0	26,0

16,67	1	,3	,3	26,3
20,00	70	19,7	24,2	50,5
21,67	3	,8	1,0	51,6
23,33	3	,8	1,0	52,6
25,00	11	3,1	3,8	56,4
26,67	2	,6	,7	57,1
30,00	34	9,6	11,8	68,9
31,67	2	,6	,7	69,6
33,33	3	,8	1,0	70,6
35,00	19	5,4	6,6	77,2
40,00	23	6,5	8,0	85,1
43,33	1	,3	,3	85,5
45,00	8	2,3	2,8	88,2
46,67	2	,6	,7	88,9
50,00	7	2,0	2,4	91,3
55,00	1	,3	,3	91,7
60,00	11	3,1	3,8	95,5
65,00	2	,6	,7	96,2
70,00	1	,3	,3	96,5
75,00	1	,3	,3	96,9
80,00	4	1,1	1,4	98,3
90,00	2	,6	,7	99,0
100,00	1	,3	,3	99,3
120,00	2	,6	,7	100,0
Total	289	81,4	100,0	
Missing System	66	18,6		
Total	355	100,0		

AFDur_Total

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 10,00	2	,6	,7	,7
15,00	2	,6	,7	1,4
20,00	7	2,0	2,4	3,8
25,00	2	,6	,7	4,5
30,00	27	7,6	9,3	13,8
40,00	6	1,7	2,1	15,9
45,00	29	8,2	10,0	26,0

50,00	1	,3	,3	26,3
60,00	70	19,7	24,2	50,5
65,00	3	,8	1,0	51,6
70,00	3	,8	1,0	52,6
75,00	11	3,1	3,8	56,4
80,00	2	,6	,7	57,1
90,00	34	9,6	11,8	68,9
95,00	2	,6	,7	69,6
100,00	3	,8	1,0	70,6
105,00	19	5,4	6,6	77,2
120,00	23	6,5	8,0	85,1
130,00	1	,3	,3	85,5
135,00	8	2,3	2,8	88,2
140,00	2	,6	,7	88,9
150,00	7	2,0	2,4	91,3
165,00	1	,3	,3	91,7
180,00	11	3,1	3,8	95,5
195,00	2	,6	,7	96,2
210,00	1	,3	,3	96,5
225,00	1	,3	,3	96,9
240,00	4	1,1	1,4	98,3
270,00	2	,6	,7	99,0
300,00	1	,3	,3	99,3
360,00	2	,6	,7	100,0
Total	289	81,4	100,0	
Missing System	66	18,6		
Total	355	100,0		

Output 9 para a realização da descrição das diferentes modalidade de AF e realização da Figura 2

Frequencies

Statistics

Tipo de actividade física 1

N	Valid	289
	Missing	66
Mean		10,93

Median	11,00
Mode	11
Std. Deviation	6,486
Minimum	1
Maximum	21
Sum	3159

Tipo de actividade física 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Actividades de Inspiração Oriental	6	1,7	2,1	2,1
Ginásio	40	11,3	13,8	15,9
Desportos Colectivos	9	2,5	3,1	19,0
Actividades Outdoor	5	1,4	1,7	20,8
Atletismo	19	5,4	6,6	27,3
Outras	4	1,1	1,4	28,7
Actividades de Combate	1	,3	,3	29,1
Actividades Aquáticas	11	3,1	3,8	32,9
Caminhada	114	32,1	39,4	72,3
Dança	4	1,1	1,4	73,7
Corrida	9	2,5	3,1	76,8
Bicicleta	2	,6	,7	77,5
Ginástica	65	18,3	22,5	100,0
Total	289	81,4	100,0	
Missing				
System	66	18,6		
Total	355	100,0		

Statistics

Tipo de actividade física 2

N	Valid	118
	Missing	237
Mean		11,97
Median		11,00
Mode		21
Std. Deviation		7,432
Minimum		1
Maximum		21

Sum	1412
-----	------

Tipo de actividade física 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Actividades de Inspiração Oriental	11	3,1	9,3	9,3
Ginásio	14	3,9	11,9	21,2
Actividades Outdoor	2	,6	1,7	22,9
Atletismo	2	,6	1,7	24,6
Outras	2	,6	1,7	26,3
Valid Actividades Aquáticas	10	2,8	8,5	34,7
Caminhada	27	7,6	22,9	57,6
Dança	4	1,1	3,4	61,0
Corrida	6	1,7	5,1	66,1
Ginástica	40	11,3	33,9	100,0
Total	118	33,2	100,0	
999	171	48,2		
Missing System	66	18,6		
Total	237	66,8		
Total	355	100,0		

Statistics

Tipo de actividade física 3

N	Valid	26
	Missing	329
Mean		14,00
Median		13,00
Mode		21
Std. Deviation		6,980
Minimum		1
Maximum		22
Sum		364

Tipo de actividade física 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

	Actividades de Inspiração Oriental	1	,3	3,8	3,8
	Ginásio	2	,6	7,7	11,5
	Actividades Aquáticas	4	1,1	15,4	26,9
Valid	Caminhada	5	1,4	19,2	46,2
	Corrida	3	,8	11,5	57,7
	Ginástica	9	2,5	34,6	92,3
	Musculação	2	,6	7,7	100,0
	Total	26	7,3	100,0	
	999	221	62,3		
Missing	System	108	30,4		
	Total	329	92,7		
Total		355	100,0		

Output 10 para a realização da Tabela 5 e 6

Frequencies

IMC

Statistics

IMC

N	Valid	351
	Missing	4
Mean		2,76
Median		3,00
Mode		2
Std. Deviation		,824
Minimum		1
Maximum		6
Sum		969

IMC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<18,5	2	,6	,6
	18,5-24,9	151	42,5	43,6
	25-29,9	139	39,2	83,2
	30-34,9	49	13,8	97,2

	35-39,9	8	2,3	2,3	99,4
	>40	2	,6	,6	100,0
	Total	351	98,9	100,0	
Missing	System	4	1,1		
Total		355	100,0		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
IMC * Atualmente pratica atividade física?	351	98,9%	4	1,1%	355	100,0%

IMC * Atualmente pratica atividade física? Crosstabulation

		Atualmente pratica atividade física?		Total	
		Não	Sim		
IMC	Count	0	2	2	
	<18,5	Expected Count	,4	1,6	2,0
		Std. Residual	-,6	,3	
	Count	35	116	151	
	18,5-24,9	Expected Count	28,0	123,0	151,0
		Std. Residual	1,3	-,6	
	Count	24	115	139	
	25-29,9	Expected Count	25,7	113,3	139,0
		Std. Residual	-,3	,2	
	Count	6	43	49	
	30-34,9	Expected Count	9,1	39,9	49,0
		Std. Residual	-1,0	,5	
	Count	0	8	8	
	35-39,9	Expected Count	1,5	6,5	8,0
		Std. Residual	-1,2	,6	
	Count	0	2	2	
	>40	Expected Count	,4	1,6	2,0

	Std. Residual	-,6	,3	
Total	Count	65	286	351
	Expected Count	65,0	286,0	351,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,323 ^a	5	,276	,235 ^b	,224	,246			
Likelihood Ratio	8,526	5	,130	,137 ^b	,128	,145			
Fisher's Exact Test	5,030			,348 ^b	,336	,360			
Linear-by-Linear Association	5,021 ^c	1	,025	,029 ^b	,025	,034	,013 ^b	,010	,016
N of Valid Cases	351								

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 957002199.

c. The standardized statistic is 2,241.

G_Glicemia

Statistics

G_Glicemia

N	Valid	144
	Missing	211
Mean		2,0139
Median		2,0000
Mode		2,00
Std. Deviation		,35451
Minimum		1,00
Maximum		4,00
Sum		290,00

G_Glicemia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Hipoglicemia <70	7	2,0	4,9	4,9
Normal 71-139	129	36,3	89,6	94,4
Valid Intolerância à Glucose 140-199	7	2,0	4,9	99,3
Hiperglicemia >200	1	,3	,7	100,0
Total	144	40,6	100,0	
Missing System	211	59,4		
Total	355	100,0		

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
G_Glicemia * Atualmente pratica atividade física?	144	40,6%	211	59,4%	355	100,0%

G_Glicemia * Atualmente pratica atividade física? Crosstabulation

		Atualmente pratica atividade física?		Total
		Não	Sim	
Hipoglicemia <70	Count	2	5	7
	Expected Count	1,0	6,0	7,0
	Std. Residual	1,0	-,4	
Normal 71-139	Count	19	110	129
	Expected Count	18,8	110,2	129,0
	Std. Residual	,0	,0	
Intolerância à Glucose 140-199	Count	0	7	7
	Expected Count	1,0	6,0	7,0
	Std. Residual	-1,0	,4	
Hiperglicemia >200	Count	0	1	1
	Expected Count	,1	,9	1,0
	Std. Residual	-,4	,2	
Total	Count	21	123	144
	Expected Count	21,0	123,0	144,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		Monte Carlo Sig. (1-sided)			
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,468 ^a	3	,481	,496 ^b	,483	,508			
Likelihood Ratio	3,426	3	,330	,459 ^b	,446	,471			
Fisher's Exact Test	2,565			,415 ^b	,402	,427			
Linear-by-Linear Association	2,330 ^c	1	,127	,177 ^b	,167	,187	,102 ^b	,094	,110
N of Valid Cases	144								

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,15.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1993510611.

c. The standardized statistic is 1,526.

TensãoA_Total

Statistics

TensãoA_Total

N	Valid	214
	Missing	141
Mean		1,8645
Median		2,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		,90660
Minimum		1,00
Maximum		4,00
Sum		399,00

TensãoA_Total

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ótima	90	25,4	42,1	42,1
	Normal	77	21,7	36,0	78,0
	Normal Alta	33	9,3	15,4	93,5
	Hipertensão	14	3,9	6,5	100,0

Total	214	60,3	100,0
Missing System	141	39,7	
Total	355	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TensãoA_Total * Actualmente pratica actividade física?	214	60,3%	141	39,7%	355	100,0%

TensãoA_Total * Actualmente pratica actividade física? Crosstabulation

			Actualmente pratica actividade física?		Total
			Não	Sim	
TensãoA_Total	Ótima	Count	20	70	90
		Expected Count	16,0	74,0	90,0
		Std. Residual	1,0	-,5	
	Normal	Count	11	66	77
		Expected Count	13,7	63,3	77,0
		Std. Residual	-,7	,3	
	Normal Alta	Count	4	29	33
		Expected Count	5,9	27,1	33,0
		Std. Residual	-,8	,4	
	Hipertensão	Count	3	11	14
		Expected Count	2,5	11,5	14,0
		Std. Residual	,3	-,2	
Total	Count	38	176	214	
	Expected Count	38,0	176,0	214,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		Monte Carlo Sig. (1-sided)			
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound

Pearson Chi-Square	2,711 ^a	3	,438	,442 ^b	,429	,455			
Likelihood Ratio	2,742	3	,433	,435 ^b	,422	,448			
Fisher's Exact Test	2,681			,439 ^b	,426	,451			
Linear-by-Linear Association	,916 ^c	1	,339	,373 ^b	,361	,385	,195 ^b	,185	,205
N of Valid Cases	214								

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,49.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 79654295.

c. The standardized statistic is ,957.

Output 11 para a realização da Tabela 7

Edição do Desafio do Coração * Actualmente pratica actividade física?

Crosstabulation

Count

		Actualmente pratica actividade física?		Total
		Não	Sim	
Edição do Desafio do Coração	DC1	4	20	24
	DC2	46	172	218
	DC3	5	44	49
	DC4	11	53	64
Total		66	289	355

Output 12 para a realização dos Pressupostos da Normalidade e Homogeneidade

Descriptives

Edição do Desafio do Coração			Statistic	Std. Error
AFreq_Total	DC1	Mean	4,0000	,56195
		95% Confidence Interval for		
		Lower Bound	2,8238	
		Upper Bound	5,1762	
		5% Trimmed Mean	3,7778	
		Median	2,5000	
		Variance	6,316	
Std. Deviation	2,51312			

		Minimum	2,00	
		Maximum	10,00	
		Range	8,00	
		Interquartile Range	3,00	
		Skewness	1,105	,512
		Kurtosis	,416	,992
		Mean	3,8663	,17297
		95% Confidence Interval for Lower Bound	3,5249	
		Mean Upper Bound	4,2077	
		5% Trimmed Mean	3,6770	
		Median	3,0000	
		Variance	5,146	
	DC2	Std. Deviation	2,26843	
		Minimum	1,00	
		Maximum	14,00	
		Range	13,00	
		Interquartile Range	3,00	
		Skewness	1,463	,185
		Kurtosis	3,535	,368
		Mean	4,1364	,37296
		95% Confidence Interval for Lower Bound	3,3842	
		Mean Upper Bound	4,8885	
		5% Trimmed Mean	3,9747	
		Median	3,5000	
		Variance	6,121	
	DC3	Std. Deviation	2,47397	
		Minimum	1,00	
		Maximum	14,00	
		Range	13,00	
		Interquartile Range	3,75	
		Skewness	1,526	,357
		Kurtosis	4,346	,702
		Mean	4,8679	,49309
		95% Confidence Interval for Lower Bound	3,8785	
		Mean Upper Bound	5,8574	
	DC4	5% Trimmed Mean	4,4832	
		Median	5,0000	
		Variance	12,886	

Std. Deviation	3,58972	
Minimum	1,00	
Maximum	21,00	
Range	20,00	
Interquartile Range	5,00	
Skewness	2,020	,327
Kurtosis	7,007	,644

Tests of Normality

	Edição do Desafio do Coração	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AFfreq_Total	DC1	,287	20	,000	,787	20	,001
	DC2	,166	172	,000	,878	172	,000
	DC3	,177	44	,001	,859	44	,000
	DC4	,163	53	,001	,815	53	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
AFfreq_Total	Based on Mean	3,625	3	285	,014
	Based on Median	2,956	3	285	,033
	Based on Median and with adjusted df	2,956	3	257,530	,033
	Based on trimmed mean	3,764	3	285	,011

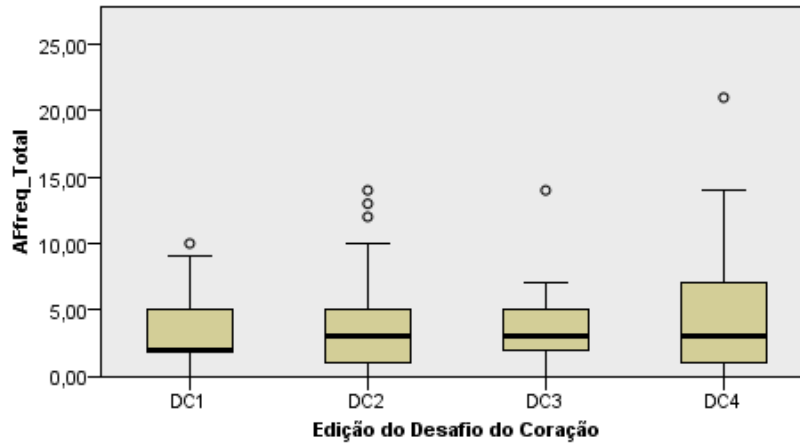
Output 13 para a realização da Tabela 8

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of AFfreq_Total is the same across categories of Edição do Desafio do Coração.	Independent-Samples Kruskal- Wallis Test	,183	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



Total N	355
Test Statistic	4,853
Degrees of Freedom	3
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,183

1. The test statistic is adjusted for ties.
2. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

Output 14 para análise dos Pressupostos da Normalidade

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
AFfreq_Total	286	80,6%	69	19,4%	355	100,0%
imc_calculo	286	80,6%	69	19,4%	355	100,0%

Descriptives

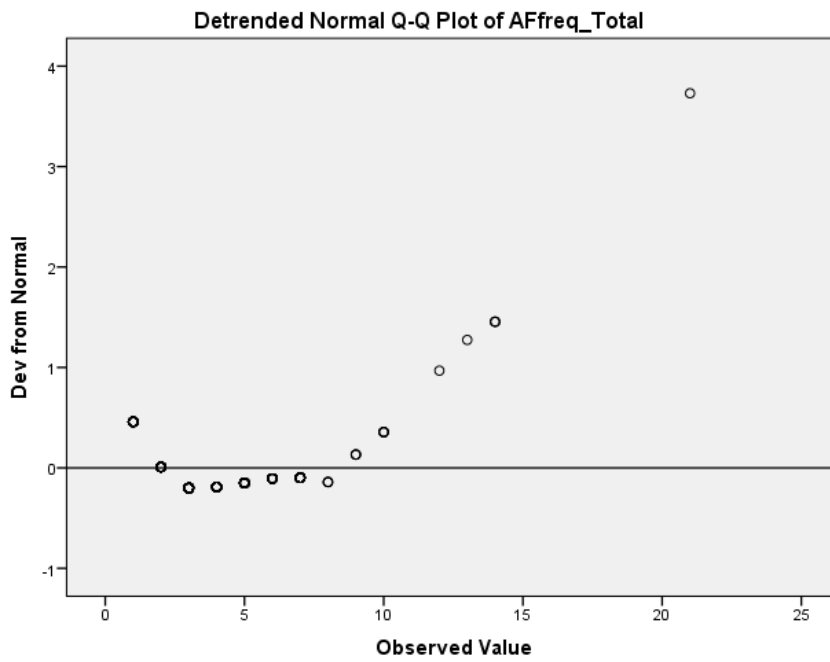
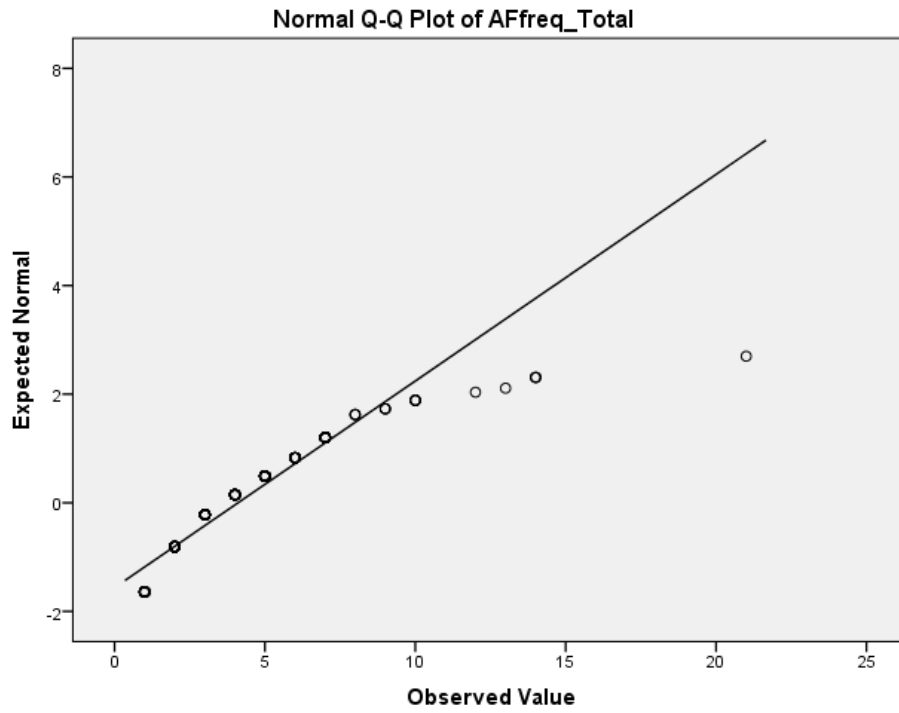
		Statistic	Std. Error
AFfreq_Total	Mean	4,1049	,15542

		Lower Bound	3,7990	
	95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	4,4108	
	5% Trimmed Mean		3,8629	
	Median		3,0000	
	Variance		6,908	
	Std. Deviation		2,62836	
	Minimum		1,00	
	Maximum		21,00	
	Range		20,00	
	Interquartile Range		3,00	
	Skewness		1,894	,144
	Kurtosis		7,039	,287
	Mean		26,2092	,25548
		Lower Bound	25,7063	
	95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	26,7121	
	5% Trimmed Mean		26,0277	
	Median		25,8950	
	Variance		18,667	
imc_calculo	Std. Deviation		4,32052	
	Minimum		17,07	
	Maximum		41,89	
	Range		24,82	
	Interquartile Range		5,82	
	Skewness		,583	,144
	Kurtosis		,450	,287

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AFfreq_Total	,170	286	,000	,846	286	,000
imc_calculo	,060	286	,014	,978	286	,000

a. Lilliefors Significance Correction



Output 15 para a realização da Tabela 9

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
imc_calculo	351	17,07	41,89	25,8938	4,28644
AFfreq_Total	289	1,00	21,00	4,1003	2,61811
Valid N (listwise)	286				

Correlations			
		imc_calculo	AFfreq_Total
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	-,154**
	imc_calculo Sig. (2-tailed)	.	,009
	N	351	286
	Correlation Coefficient	-,154**	1,000
	AFfreq_Total Sig. (2-tailed)	,009	.
	N	286	289

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Output 16 para a análise dos Pressupostos da Normalidade

Explore

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
AFfreq_Total	123	34,6%	232	65,4%	355	100,0%
Índice de glicémia	123	34,6%	232	65,4%	355	100,0%

Descriptives			
		Statistic	Std. Error
AFfreq_Total	Mean	4,3659	,24003
	95% Confidence Interval for Mean Lower Bound	3,8907	

	Upper Bound	4,8410	
	5% Trimmed Mean	4,1522	
	Median	4,0000	
	Variance	7,086	
	Std. Deviation	2,66202	
	Minimum	1,00	
	Maximum	14,00	
	Range	13,00	
	Interquartile Range	5,00	
	Skewness	1,127	,218
	Kurtosis	1,914	,433
	Mean	102,24	2,118
	Lower Bound	98,05	
	95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	106,44
	5% Trimmed Mean	100,30	
	Median	98,00	
	Variance	551,743	
Índice de glicémia	Std. Deviation	23,489	
	Minimum	66	
	Maximum	218	
	Range	152	
	Interquartile Range	26	
	Skewness	1,754	,218
	Kurtosis	5,393	,433

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AFfreq_Total	,159	123	,000	,891	123	,000
Índice de glicémia	,123	123	,000	,881	123	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Output 17 para a realização da Tabela 10

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
AFfreq_Total	289	1,00	21,00	4,1003	2,61811
Índice de glicémia	144	63	218	101,32	22,704
Valid N (listwise)	123				

Correlations

Correlations			
		AFfreq_Total	Índice de glicémia
AFfreq_Total	Pearson Correlation	1	,020
	Sig. (2-tailed)		,822
	N	289	123
Índice de glicémia	Pearson Correlation	,020	1
	Sig. (2-tailed)	,822	
	N	123	144

Output 18 para a realização dos Pressupostos da Normalidade e Homogeneidade

Descriptives					
TensãoA_Total		Statistic	Std. Error		
AFfreq_Total	Ótima	Mean	3,7286	,30450	
		95% Confidence Interval for	Lower Bound		3,1211
		Mean	Upper Bound		4,3360
		5% Trimmed Mean			3,5238
		Median			3,0000
		Variance			6,490
		Std. Deviation			2,54764
		Minimum			1,00
		Maximum			14,00
		Range			13,00
		Interquartile Range			3,25
		Skewness			1,320

	Kurtosis		2,448	,566
	Mean		4,0758	,29551
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	3,4856	
	Mean	Upper Bound	4,6659	
	5% Trimmed Mean		3,8822	
	Median		4,0000	
	Variance		5,763	
Normal	Std. Deviation		2,40071	
	Minimum		1,00	
	Maximum		13,00	
	Range		12,00	
	Interquartile Range		3,00	
	Skewness		1,140	,295
	Kurtosis		2,099	,582
	Mean		4,8621	,49809
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	3,8418	
	Mean	Upper Bound	5,8824	
	5% Trimmed Mean		4,6552	
	Median		5,0000	
	Variance		7,195	
Normal Alta	Std. Deviation		2,68227	
	Minimum		1,00	
	Maximum		14,00	
	Range		13,00	
	Interquartile Range		4,50	
	Skewness		1,267	,434
	Kurtosis		3,373	,845
	Mean		4,4545	,67909
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	2,9414	
	Mean	Upper Bound	5,9676	
	5% Trimmed Mean		4,4495	
	Median		5,0000	
Hipertensão	Variance		5,073	
	Std. Deviation		2,25227	
	Minimum		2,00	
	Maximum		7,00	
	Range		5,00	
	Interquartile Range		5,00	

	Skewness	-,056	,661
	Kurtosis	-2,121	1,279

Tests of Normality

	TensãoA_Total	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AFfreq_Total	Ótima	,213	70	,000	,860	70	,000
	Normal	,158	66	,000	,903	66	,000
	Normal Alta	,144	29	,130	,882	29	,004
	Hipertensão	,226	11	,123	,800	11	,009

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
AFfreq_Total	Based on Mean	,127	3	172	,944
	Based on Median	,065	3	172	,978
	Based on Median and with adjusted df	,065	3	161,668	,978
	Based on trimmed mean	,115	3	172	,951

Output 19 para a realização da Tabela 11

Oneway

ANOVA

AFfreq_Total

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	27,906	3	9,302	1,489	,219
Within Groups	1074,640	172	6,248		
Total	1102,545	175			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: AFreq_Total

	(I)	(J)	Mean Difference (I- J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
	TensãoA_Total	TensãoA_Total				Lower Bound	Upper Bound
Scheffe	Ótima	Normal	-,34719	,42886	,883	-1,5580	,8636
		Normal Alta	-1,13350	,55200	,243	-2,6920	,4250
		Hipertensão	-,72597	,81071	,849	-3,0149	1,5630
	Normal	Ótima	,34719	,42886	,883	-,8636	1,5580
		Normal Alta	-,78631	,55688	,575	-2,3586	,7860
		Hipertensão	-,37879	,81404	,975	-2,6771	1,9195
	Normal Alta	Ótima	1,13350	,55200	,243	-,4250	2,6920
		Normal	,78631	,55688	,575	-,7860	2,3586
		Hipertensão	,40752	,88512	,976	-2,0915	2,9065
	Hipertensão	Ótima	,72597	,81071	,849	-1,5630	3,0149
		Normal	,37879	,81404	,975	-1,9195	2,6771
		Normal Alta	-,40752	,88512	,976	-2,9065	2,0915

Homogeneous Subsets

AFreq_Total			
	TensãoA_Total	N	Subset for alpha =
			0.05
			1
Tukey B ^{a,b}	Ótima	70	3,7286
	Normal	66	4,0758
	Hipertensão	11	4,4545
	Normal Alta	29	4,8621
Scheffe ^{a,b}	Ótima	70	3,7286
	Normal	66	4,0758
	Hipertensão	11	4,4545
	Normal Alta	29	4,8621
	Sig.		,450

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 25,835.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Output 20 para a realização da Regressão Linear e Tabela 12

Regression

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
AFfreq_Total	3,3380	2,85103	355
Idade dos Participantes	57,26	18,749	355
Concelho de Residência dos Participantes	5,12	5,748	355
Habilitações Literárias dos Participantes	3,06	1,766	355
situação profissional	3,24	1,345	355
Género dos Participantes	,29	,454	355

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Género dos Participantes, Concelho de Residência dos Participantes, Habilitações Literárias dos Participantes, situação profissional, Idade dos Participantes ^b		Enter

a. Dependent Variable: AFfreq_Total

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,230 ^a	,053	,039	2,79448	,119

a. Predictors: (Constant), Género dos Participantes, Concelho de Residência dos Participantes, Habilitações Literárias dos Participantes, situação profissional, Idade dos Participantes

b. Dependent Variable: AFfreq_Total

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
-------	----------------	----	-------------	---	------

	Regression	152,053	5	30,411	3,894	,002 ^b
1	Residual	2725,384	349	7,809		
	Total	2877,437	354			

a. Dependent Variable: AFreq_Total

b. Predictors: (Constant), Género dos Participantes, Concelho de Residência dos Participantes, Habilitações Literárias dos Participantes, situação profissional, Idade dos Participantes

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF	
								(Constant)
1	Idade dos Participantes	,028	,011	,182	2,558	,011	,533	1,876
	Concelho de Residência dos Participantes	,012	,026	,024	,468	,640	,997	1,003
	Habilitações Literárias dos Participantes	,133	,115	,082	1,157	,248	,537	1,863
	situação profissional	,084	,111	,040	,759	,448	,994	1,006
	Género dos Participantes	1,050	,329	,167	3,193	,002	,987	1,013

a. Dependent Variable: AFreq_Total

Collinearity Diagnostics^a

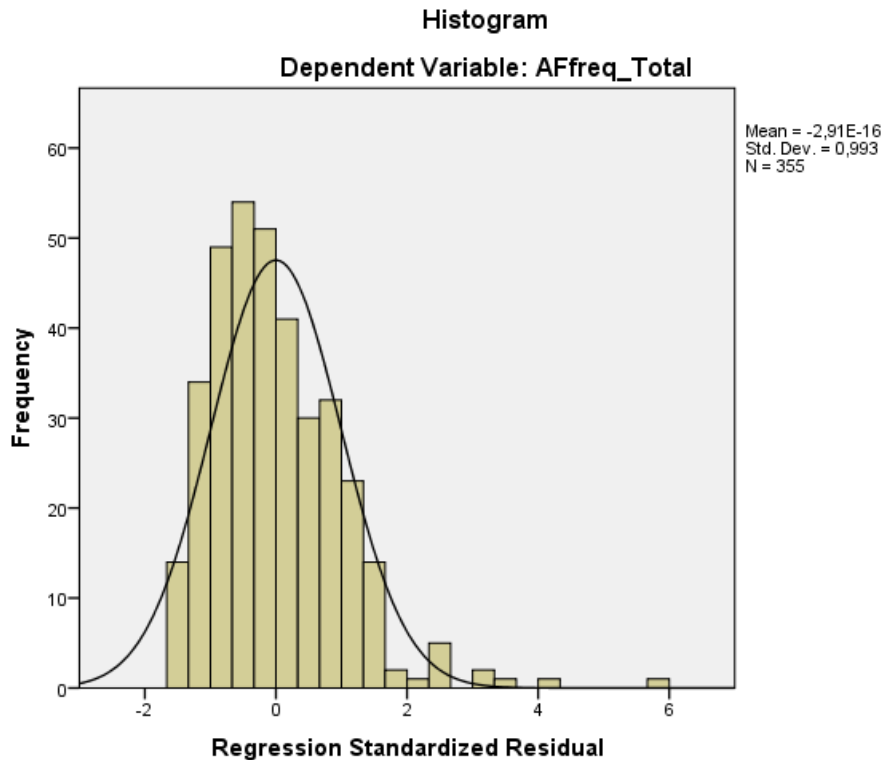
Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions					
				(Constant)	Idade dos Participantes	Concelho de Residência dos Participantes	Habilitações Literárias dos Participantes	situação profissional	Género dos Participantes
1	1	4,410	1,000	,00	,00	,02	,01	,01	,01
	2	,689	2,530	,00	,00	,09	,00	,00	,86
	3	,483	3,021	,00	,00	,87	,02	,02	,07
	4	,289	3,906	,00	,06	,01	,29	,02	,02
	5	,113	6,240	,01	,09	,00	,04	,89	,03
	6	,015	16,973	,98	,84	,01	,64	,07	,00

a. Dependent Variable: AFfreq_Total

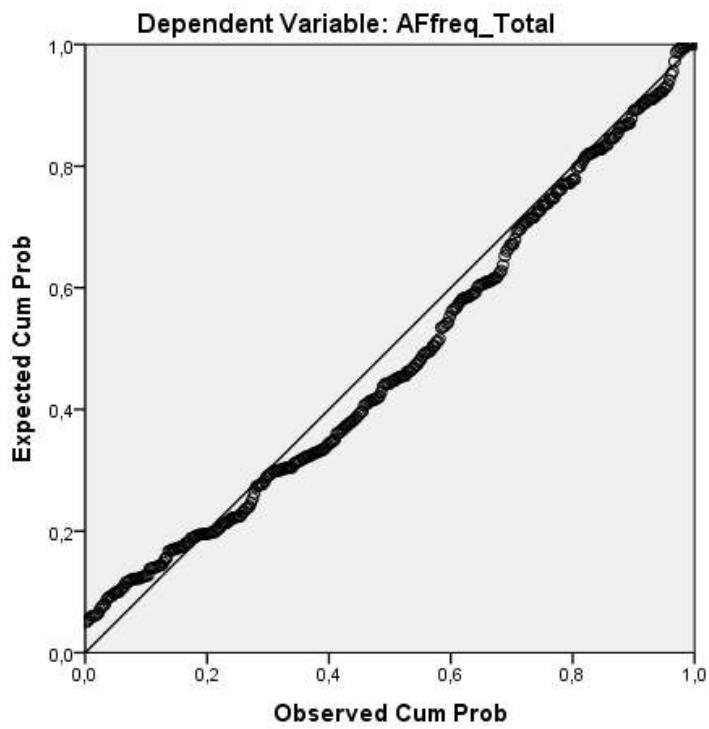
Residuals Statistics ^a					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,6481	4,9282	3,3380	,65538	355
Std. Predicted Value	-2,578	2,426	,000	1,000	355
Standard Error of Predicted Value	,186	,922	,344	,118	355
Adjusted Predicted Value	1,5460	4,8731	3,3372	,65747	355
Residual	-4,58041	16,49710	,00000	2,77468	355
Std. Residual	-1,639	5,903	,000	,993	355
Stud. Residual	-1,652	6,179	,000	1,005	355
Deleted Residual	-4,65521	18,07588	,00081	2,84503	355
Stud. Deleted Residual	-1,657	6,539	,002	1,015	355
Mahal. Distance	,574	37,571	4,986	4,990	355
Cook's Distance	,000	,609	,004	,033	355
Centered Leverage Value	,002	,106	,014	,014	355

a. Dependent Variable: AFfreq_Total

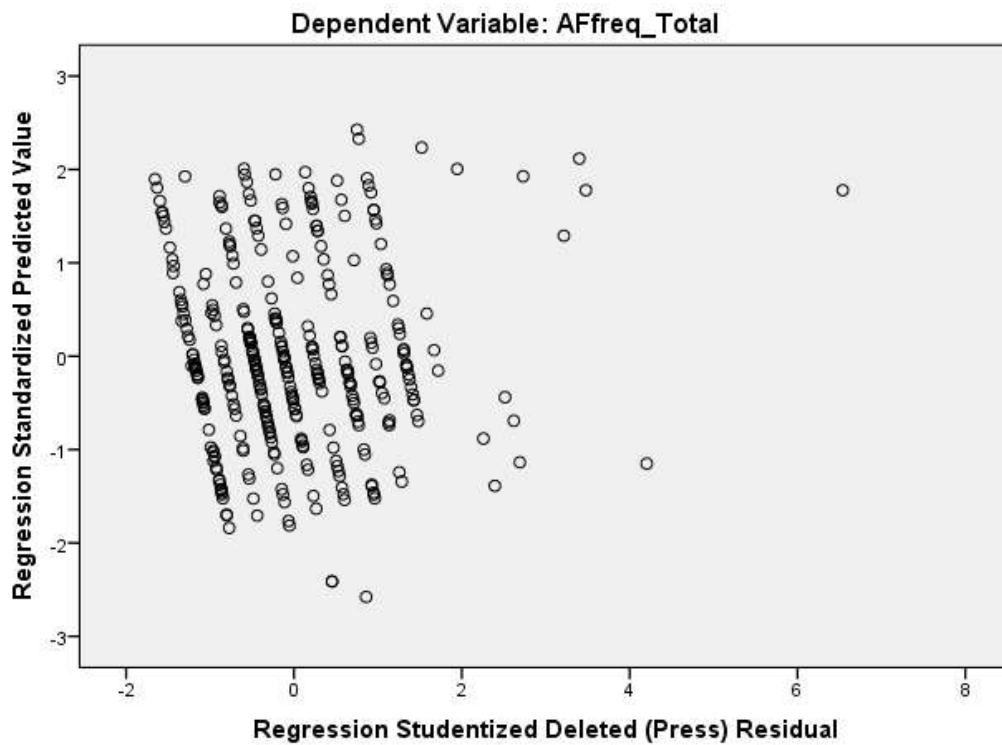
Charts

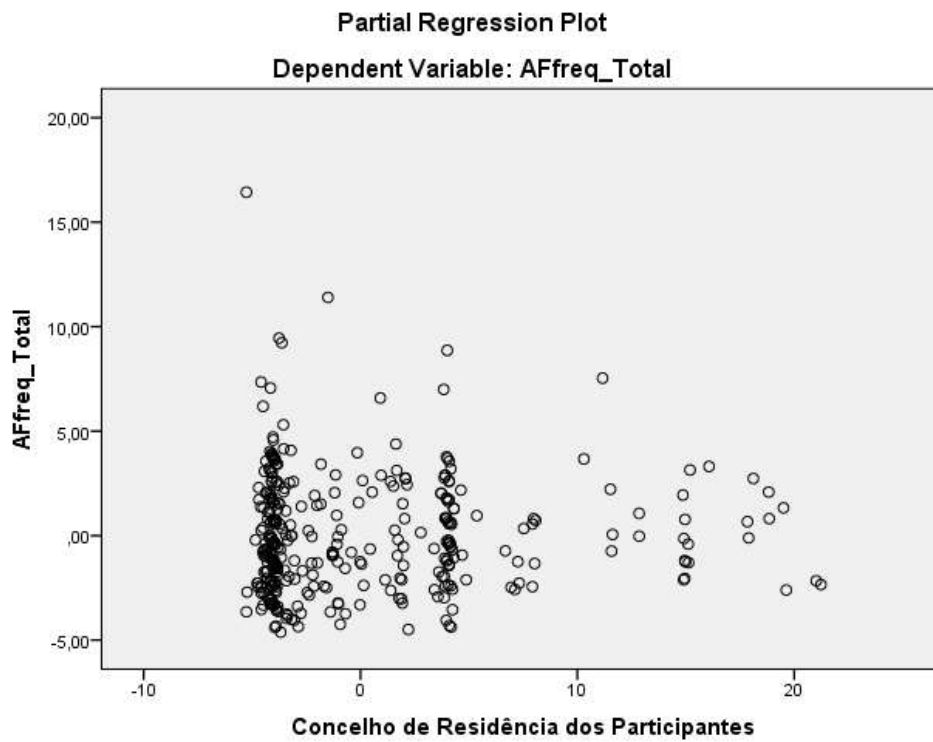
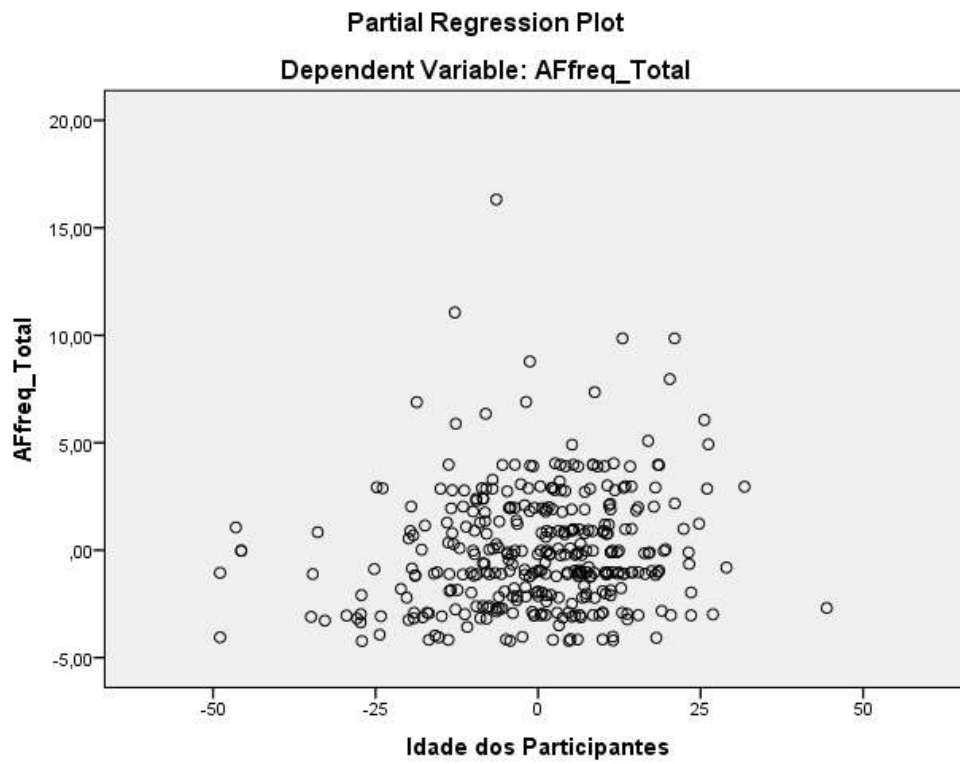


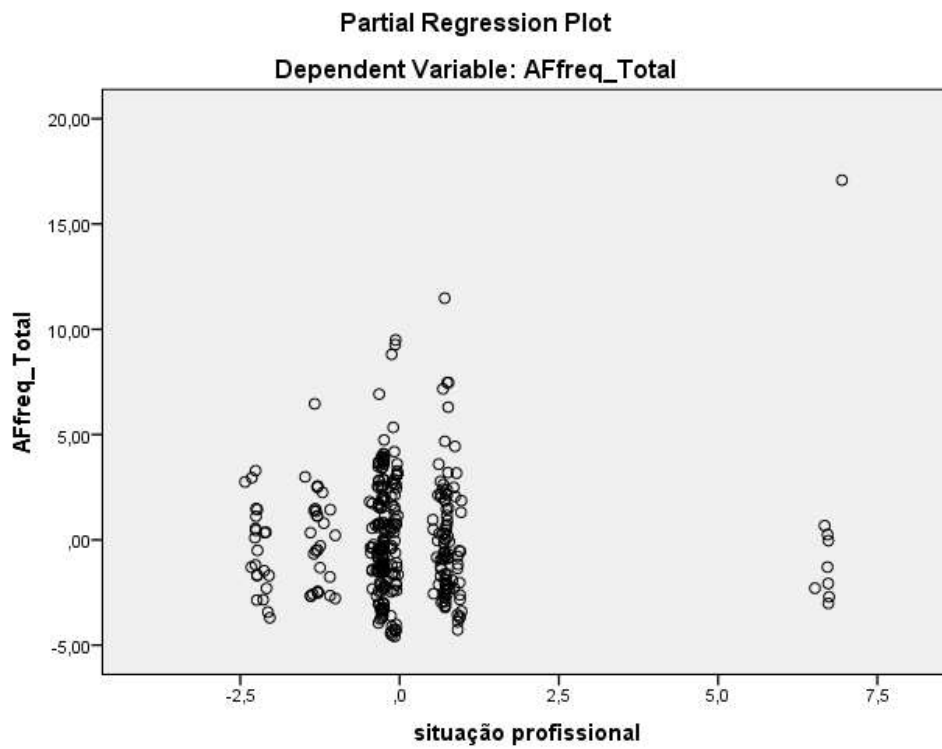
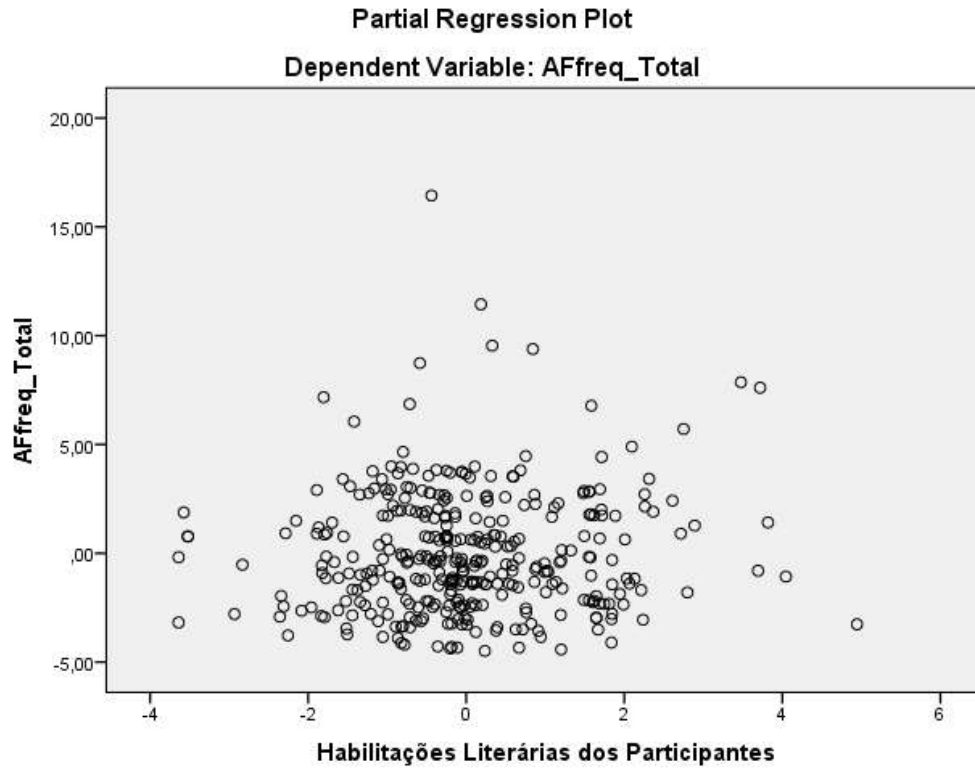
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

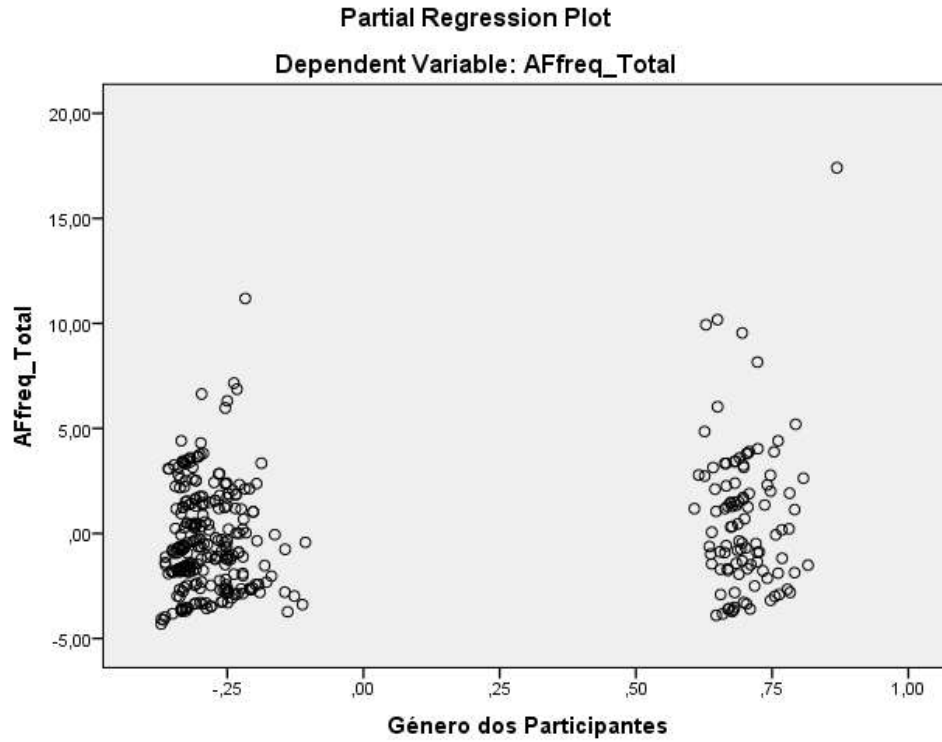


Scatterplot









Output 21 para a análise dos Pressupostos da Normalidade

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
FREQAF_DCTotal	17	4,8%	338	95,2%	355	100,0%
AFfreq_Total	17	4,8%	338	95,2%	355	100,0%
AFDur_Total	17	4,8%	338	95,2%	355	100,0%
DuraçãoAF_DCTotal	17	4,8%	338	95,2%	355	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
	Mean		2,3529	,69102
FREQAF_DCTotal	95% Confidence Interval for	Lower Bound	,8880	
	Mean	Upper Bound	3,8178	

	5% Trimmed Mean		2,1699	
	Median		2,0000	
	Variance		8,118	
	Std. Deviation		2,84915	
	Minimum		,00	
	Maximum		8,00	
	Range		8,00	
	Interquartile Range		4,50	
	Skewness		,918	,550
	Kurtosis		-,545	1,063
	Mean		3,2941	,73647
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	1,7329	
	Mean	Upper Bound	4,8554	
	5% Trimmed Mean		3,1046	
	Median		2,0000	
	Variance		9,221	
AFfreq_Total	Std. Deviation		3,03654	
	Minimum		,00	
	Maximum		10,00	
	Range		10,00	
	Interquartile Range		5,00	
	Skewness		,972	,550
	Kurtosis		-,169	1,063
	Mean		64,7059	10,06843
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	43,3618	
	Mean	Upper Bound	86,0500	
	5% Trimmed Mean		63,5621	
	Median		60,0000	
	Variance		1723,346	
AFDur_Total	Std. Deviation		41,51320	
	Minimum		,00	
	Maximum		150,00	
	Range		150,00	
	Interquartile Range		47,50	
	Skewness		,508	,550
	Kurtosis		,190	1,063
	Mean		40,2941	10,13213
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	18,8150	
DuraçãoAF_DCTotal	Mean	Upper Bound	61,7733	
	5% Trimmed Mean		38,1046	
	Median		60,0000	

Variance	1745,221	
Std. Deviation	41,77584	
Minimum	,00	
Maximum	120,00	
Range	120,00	
Interquartile Range	72,50	
Skewness	,318	,550
Kurtosis	-1,370	1,063

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
FREQAF_DCTotal	,266	17	,002	,800	17	,002
AFfreq_Total	,253	17	,005	,868	17	,021
AFDur_Total	,192	17	,095	,928	17	,198
DuraçãoAF_DCTotal	,303	17	,000	,813	17	,003

a. Lilliefors Significance Correction

Output 22 para a realização da Tabela 13

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	AFfreq_Total	3,2941	17	3,03654	,73647
	FREQAF_DCTotal	2,3529	17	2,84915	,69102

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	AFfreq_Total & FREQAF_DCTotal	17	,905	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences	t	df	
--	--	--------------------	---	----	--

	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				Sig. (2-tailed)
				Lower	Upper			
				Pair 1 AFfreq_Total - FREQAF_DCTotal	,94118			

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	AFDur_Total	64,7059	17	41,51320	10,06843
	DuraçãoAF_DCTotal	40,2941	17	41,77584	10,13213

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	AFDur_Total & DuraçãoAF_DCTotal	17	,550	,022

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 AFDur_Total - DuraçãoAF_DCTotal	24,41176	39,52382	9,58593	4,09049	44,73304	2,547	16	,022

Output 23 para a realização da Figura 3

Desde a realização do DC ainda pratica AF frequentemente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	52,9	52,9	52,9
	Não	8	47,1	47,1	100,0

Total	17	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Actualmente pratica actividade física?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	2	11,8	11,8	11,8
Valid Sim	15	88,2	88,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Output 24 para a Recordação da mensagem do DC

Recorda-se da mensagem que o DC pretende transmitir?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sim	10	58,8	58,8	58,8
Valid Não	7	41,2	41,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Se sim, qual a mensagem

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Prevenção de doenças do coração	2	11,8	20,0	20,0
Valid Alimentação Saudável	2	11,8	20,0	40,0
Vida Saudável	4	23,5	40,0	80,0
Pratica de Exercício Físico	2	11,8	20,0	100,0
Total	10	58,8	100,0	
Missing System	7	41,2		
Total	17	100,0		

Output 25 para a análise de Pressupostos da Normalidade

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
AFDur_Total	17	4,8%	338	95,2%	355	100,0%
COMPUTE Total_AE=(AE1 + AE2 + AE3 + AE4 + AE5 + AE6 + AE7 + AE8)/8	17	4,8%	338	95,2%	355	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
AFDur_Total	Mean	64,7059	10,06843
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 43,3618	
		Upper Bound 86,0500	
	5% Trimmed Mean	63,5621	
	Median	60,0000	
	Variance	1723,346	
	Std. Deviation	41,51320	
	Minimum	,00	
	Maximum	150,00	
	Range	150,00	
	Interquartile Range	47,50	
	Skewness	,508	,550
	Kurtosis	,190	1,063
	Mean	2,0000	,15790
	COMPUTE Total_AE=(AE1 + AE2 + AE3 + AE4 + AE5 + AE6 + AE7 + AE8)/8	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 1,6653
		Upper Bound 2,3347	
5% Trimmed Mean		1,9861	
Median		2,0000	
Variance		,424	
Std. Deviation		,65102	
Minimum		,88	
Maximum		3,38	
Range		2,50	
Interquartile Range		,81	

Skewness	,259	,550
Kurtosis	,214	1,063

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AFDur_Total	,192	17	,095	,928	17	,198
COMPUTE Total_AE=(AE1 + AE2 + AE3 + AE4 + AE5 + AE6 + AE7 + AE8)/8	,130	17	,200*	,975	17	,896

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Output 26 para a realização da Tabela 14

Correlations

	COMPUTE Total_AE=(AE1 + AE2 + AE3 + AE4 + AE5 + AE6 + AE7 + AE8)/8	DuraçãoAF_DC Total
COMPUTE Total_AE=(AE1 + AE2 + AE3 + AE4 + AE5 + AE6 + AE7 + AE8)/8	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	,332
	N	17
DuraçãoAF_DCTotal	Pearson Correlation	,332
	Sig. (2-tailed)	,193
	N	17

Questionário administrado nas várias edições do Desafio do Coração



Este questionário insere-se no âmbito de um projecto de investigação sobre promoção do exercício e da actividade física que decorre no ISPA- Instituto Universitário. Pretendemos apenas conhecer os seus hábitos relacionados com a prática de exercício e actividade física. As suas respostas individuais serão apenas conhecidas pelo entrevistador. O seu anonimato e confidencialidade serão mantidos a todo o tempo.

.....
1. Sexo: Masculino Feminino 2. Idade: _____ 3. Concelho residência: _____

4. Estado Civil: Casado(a)/União de Facto Solteiro(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

5. Com quem vive: Sozinho Pais Filhos Conjuge/Companheiro(a) Amigos
 Outro(s) familiar(s): (indique qual/quais) _____

6. Actualmente, encontra-se a trabalhar?

Sim → Por favor indique a profissão: _____

Não → Assinalar: Desempregado Estudante Reformado Outra sit: _____

7. Habilitações literárias:

Sem escolaridade ou com ensino básico incompleto

Ensino Básico completo → em caso de dúvida indicar o nº de anos de estudo completos: _____

Ensino Secundário completo

Frequência do Ensino Superior (em curso)

Licenciatura (Bolonha - 3 anos de estudo) completo

Licenciatura pré Bolonha ou Licenciatura + mestrado pós Bolonha (5 anos de estudo) completo

Doutoramento

8. É a primeira vez que vem ao Desafio do Coração?

Sim

Não → Em quantas edições deste evento já participou (sem contar com esta, máximo 8): _____

9. Costuma participar em eventos deste tipo (i.e de promoção da saúde e da actividade física (exemplo: caminhadas (10.000 passos), corridas (mini maratonas), ou outras) ?

Não

Sim. Indique alguns eventos em que tenha participado nos últimos 3 anos:

10. Sabe-me dizer quanto mede? _____ E quanto pesa? _____ BMI _____

11. Já foi medir o açúcar no sangue, a tensão arterial e o colesterol? Importa-se de me dizer os valores?

Glicémia: _____ Colesterol: _____ Tensão arterial: Máx: _____ Mín: _____

11. Pratica regularmente exercício físico ou actividade física? (se a pessoa hesitar perguntar: Praticou actividade física ou exercício na última semana? E no último mês?)

Não

Sim (avance para a questão 13)

12. Na sua opinião, quais são os principais obstáculos que o impedem de praticar exercício ou actividade física regularmente?

- Não tem tempo
 Não existem estruturas adequadas perto de onde vive
 Tem uma doença que impede a prática
 Não tem quem o/a acompanhe
 Não gosta
 Outras razões: _____
 É muito caro

13. Indique as 3 principais formas de actividade física e/ou exercício que pratica regularmente (que praticou na última semana/mês), indicando a sua frequência, intensidade, duração, local e período do dia em que pratica:

	Tipo de actividade física (ex: natação, ginástica, bicicleta, dança, caminhada*)	Quantas vezes por semana (ex: 1 vez, 2 vezes, todos os dias)	Quanto tempo dura cada actividade** física (ex: 30 minutos, 1h)	Onde pratica a actividade física (ex: ginásio, clube desportivo, jardim, parque ao ar livre, em casa, nas deslocações diárias)	Período do dia em que pratica actividade física (ex: manhã, tarde, noite)
1					
2					
3					

*A caminhada só é considerada actividade física se for praticada no mínimo de 10 minutos seguidos.

** No caso da caminhada, somar todos os períodos de 10 minutos ou mais, realizados num dia e escrever o total

14. Quais são as razões que o levam a praticar actividade física?

- Para se divertir
 Para retardar os efeitos do envelhecimento
 Para melhorar a aparência física
 Para melhorar a auto-estima
 Para melhorar o desempenho físico
 Para aprender /desenvolver novas capacidades
 Para controlar o peso
 Pelo espírito de competição
 Para estar com os amigos
 Para conhecer pessoas
 Outra(s) razão(s): _____
 Não sabe/Não responde

15. Pratica actividade física acompanhado? Sim Não

16. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, indique com quem pratica actividade física:

- Cônjuge/Companheiro Pai(s) Filho(s) Amigos Personal Trainer

17. Se o seu parceiro de exercícios ou actividade física não puder ir consigo nesse dia como reage?

- Vai praticar actividade física mesmo sem ele(a)
 Fica indeciso se deve ou não ir sem ele(a)
 Não vai praticar actividade física sem ele(a)

18. Há algum período do ano em que não pratica? Sim Não

18.1 Qual/Quais? _____ 18.2 Porquê? _____

19. Se o inquirido respondeu SIM na questão 8 perguntar: na edição de 2011 (7ª DC) aplicámos este questionário. Lembra-se se nessa altura foi inquirido por nós? Sim Não

Dá-nos autorização para ser contactado para fins de investigação em futuros estudos?

- Sim (se assinalar sim pedir os dados indicados em baixo) Não

Nome: _____

Contacto telefónico: _____ E-mail: _____

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Questionário administrado por via telefónica

1. Desde a realização do Desafio do Coração, ainda pratica AF frequentemente?

Sim ____ Não ____

Tipo de Actividade	Frequência Semanal	Duração de Cada Actividade

2. Auto-eficácia para ultrapassar barreiras (Marques & Gouveia, 2006)

Conseguiria praticar Actividade Física...	Nada Confia	Pouco Confia	Moder- adame	Muito Confia	Extre- mame
Se estivesse mau tempo (e.g. quente, chuvoso)					
Se sentir dor ou desconforto					
Se praticar sozinho(a)					
Se não for divertido					
For difícil aceder ao equipamento ou instalações desportivas					
Se for uma actividade desagradável					
Se o horário dificultar					
Se o instrutor não encorajar					

3. Recorda-se da mensagem que o Desafio do Coração pretendia transmitir?

Sim ____ Qual? _____

Não ____

4. Após este evento, houve outras preocupações com a sua saúde, que o alertaram?

Se sim. Não _____

Quais? _____

5. Recorda-se dos stands que estavam presentes no evento? Sim ____ Não ____

Se sim, quais?

1. _____

4. _____

2. _____

5. _____

3. _____

6. _____

