

Número de Identificação – ID

Associação	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

Nome: _____ E-mail: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Telf. _____ Data de Investigação ____ / ____ / ____

ADULTOS

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

(I) DADOS DEMOGRÁFICOS**1. Concelho de Residência:**Funchal Santa Cruz Machico Santana Câmara de Lobos Calheta São Vicente Ribeira Brava Porto Moniz Ponta do Sol Porto Santo **2. Habilitações Académicas:**Sem escolaridade 1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Ensino Secundário Licenciatura Mestrado Doutoramento **3. Ocupação:**Estudante Empregado(a) Reformado(a)/Aposentado(a) Desempregado(a) Inválido(a) Outro: _____**4. Instituição a que está associado(a):** _____**5. Costuma participar em atividades promovidas pela sua Associação/Clube:**Sim Não

5.1. Se sim, qual(s)? _____

5.2. Com que regularidade participa?

1 vez por mês 1 vez por semana 2 a 3 vezes por semana mais de 4 vezes por semana **(II) CONHECIMENTO SOBRE AS RECOMENDAÇÕES DOS NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA****1. Já alguma vez foi informado(a) sobre a quantidade de atividade física semanal necessária para ter benefícios na sua saúde?**Sim Não **2. Já alguma vez foi informado(a) sobre o tipo de atividade física mais indicada para si?**Sim Não

Associação	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

(III) BARREIRAS À ATIVIDADE FÍSICA

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

Discordo completamente Discordo É-me indiferente Concordo Concordo completamente

2. O que pensa sobre a atividade física?

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

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

Nada ativo(a) ou sedentário(a) Pouco ativo(a) Suficientemente ativo(a) Ativo(a) Muito ativo(a)

(IV) NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA

1. Qual a sua profissão? _____

2. No trabalho ou nas suas atividades diárias, costuma sentar-se?

Muito frequentemente Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca

3. No trabalho ou nas suas atividades diárias, mantém-se de pé?

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

4. Anda a pé no trabalho ou nas suas atividades diárias?

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

5. No trabalho ou nas suas atividades diárias, pega em cargas pesadas?

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

6. Depois do trabalho ou das atividades diárias sente-se cansado(a)?

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

7. Durante o trabalho ou atividades diárias transpira?

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

8. Em comparação com os outros colegas da sua idade, pensa que o seu trabalho ou atividades diárias é fisicamente:

Mais leve Leve Tão pesado Pesado Mais pesado

Associação	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

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

Sim Não

9.1. Se Sim, qual? _____

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

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

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

9.4. Qual? _____

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

9.6. Quantos meses por ano? <1 1 – 3 4 – 6 7 – 9 >9

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

Muito menor Menor Igual Maior Muito maior

11. Durante os tempos livres transpira?

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

12. Durante os tempos livres pratica desporto?

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

13. Durante os tempos livres vê televisão?

Muito frequentemente Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca

14. Durante os tempos livres anda a pé?

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

15. Durante os tempos livres anda de bicicleta?

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

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

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

17. Durante os tempos livres efetua atividades de bricolage (feita por si)?

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

Associação	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

Número de Identificação – ID

18. Durante os tempos livres trabalha no jardim?

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente

19. Em média, quantas horas dorme, por dia?

≥ 9 8 7 6 ≤ 5

(V) PASSADO DESPORTIVO

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

Sim Não

1.1. Se Sim, qual? _____

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

2. Se praticou um segundo desporto ou exercício físico regular (no mínimo 1 vez por semana) no passado:

2.1. Qual? _____

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

(VI) MOTIVOS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

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

	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
Estar em forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para me sentir bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar bem de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manter um peso adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melhorar a aparência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumentar a auto-estima e a confiança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efeitos psicológicos positivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diversão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduzir o stress e relaxar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajudar a diminuir a pressão do dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pela companhia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perder peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Assinale a(s) instalação(ões) que mais utiliza para a sua prática de atividade física regular:

Mar Piscina Serra Ginásio
 Pavilhão Polidesportivo ao ar livre Promenades

3. Enumere de 1 a 7, de acordo com o seu grau de preferência (sendo o 1 a que gosta mais e 7 a que gosta menos), o tipo de instalação desportiva que mais gosta de utilizar para realizar a sua atividade física regular:

Mar Piscina Serra Ginásio
 Pavilhão Polidesportivo ao ar livre Promenades

Associação	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

Número de Identificação – ID

(VII) OUTROS ASPETOS DO ESTILO DE VIDA

1. Durante a última semana, quanto tempo esteve sentado(a), **por dia**? _____ horas _____ minutos

2. Por dia, quanto tempo passou a ver televisão e/ou no computador? _____ horas _____ minutos

3. Fuma atualmente? Sim Não

3.1. Quantos por dia? < 0.5 maço 0.5 a 1 maço 1.5 a 2 maços > 2 maços

4. Consome álcool?

Todos os dias 3 a 5 vezes por semana 1 vez por semana Fins de semana

Apenas em ocasiões especiais Nunca

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

5. Selecione a opção que mais se adequa, consoante a frequência que ingere os seguintes alimentos:

	Raramente ou nunca	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Uma vez por dia	Mais de uma vez por dia
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerveja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerantes/bebidas açucaradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sumos de fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doces (chocolates, rebuçados, pastilhas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolos ou pastelaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hambúrgueres, cachorros quentes, pizzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Batatas fritas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Associação	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

Número de Identificação – ID

(VIII) BEM-ESTAR FÍSICO

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima Muito boa Boa Razoável Fraca

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

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

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

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

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

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

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

Absolutamente nada Um pouco Moderadamente Muito MUITÍSSIMO

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

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

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

Sempre A maior parte do tempo Algum tempo Pouco tempo Nunca

Associação	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

(IX) FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇAS CARDIOVASCULARES

1. Prontidão para a prática desportiva:	Sim	Não
O seu médico já lhe disse que possui um problema cardíaco e recomendou atividade física apenas sob supervisão médica?		
Sente dor no peito provocada quando faz atividade física?		
Sentiu dor no peito no mês passado?		
Já perdeu a consciência alguma vez ou sofreu alguma queda em virtude de tonturas?		
Tem algum problema ósseo ou articular que se pode agravar com a prática de atividade física?		
Algum médico já lhe prescreveu medicamentos para pressão arterial ou para o coração?		
Tem conhecimento, por informação médica ou pela própria experiência, de algum motivo que poderia impedi-lo(a) de participar em atividade física sem supervisão médica?		

2. Estratificação do Risco para Eventos Cardiovasculares decorrentes de Esforço Físico

1ª Parte	Sim	Não	Não sei	Não sei o que significa
É homem com 45 ou mais anos; ou mulher com 55 ou mais anos ou na menopausa?				
É fumador(a) ou deixou de fumar há menos de 6 meses?				
Realizou 30 minutos de atividade física de intensidade moderada em pelo menos 3 dias/semana, nos últimos 3 meses?				
A sua pressão arterial é elevada [Pressão arterial sistólica (Máxima) igual ou superior a 140 mmHg ou a diastólica (Mínima) igual ou superior a 90 mmHg] ou toma medicação anti-hipertensiva?				
O seu colesterol é elevado [LDL igual ou superior a 130 mg/dL ou HDL inferior a 40 mg/dL ou colesterol total igual ou superior a 200 mg/dL] ou está a tomar medicação para reduzir o colesterol?				
É obeso(a)? [IMC igual ou superior a 30 kg/m ² ou perímetro da cintura superior a 102 cm para os homens e 88 cm para as mulheres]				
Tem pai ou irmão que antes dos 55 anos, ou mãe ou irmã que antes dos 65 anos, tenha sofrido um enfarte cardíaco, sido operado(a) devido à falta de circulação coronária ou tivesse morte súbita?				
A sua glicémia é elevada [glicémia em jejum igual ou superior 100 mg/dL ou glicémia habitualmente igual ou superior a 140 mg/dL e inferior a 200 mg/dL no decurso das 2 horas do teste] ou tem história familiar de diabetes mellitus?				
2ª Parte	Sim	Não	Não sei	Não sei o que significa
Tem alguma doença cardiovascular? (ex: doença cardíaca, circulatória ou teve um AVC)				
Tem alguma doença pulmonar? (ex: DPOC, Asma, bronquite, fibrose cística)				
Tem alguma doença metabólica? (ex: Diabetes, doenças da tiroide, do rim ou do fígado)				
Sofre de depressão ou outra perturbação psicológica?				

3. Toma habitualmente/regularmente medicação para:

Nenhuma Pressão arterial Doenças do coração Diabetes Colesterol Dormir/sono
 Depressão ou ansiedade Hiperatividade Alergias Doenças respiratórias Dor em geral
 Problemas Ósseos Outra, qual? _____

(X) MONITORIZAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

Gostaria de ser contactado(a) para monitorização da sua atividade física semanal através de um pequeno aparelho portátil (tipo relógio)? Sim Não