

Associação	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

Número de Identificação – ID

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

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

## CRIANÇAS E JOVENS

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

#### 3. Ocupação:

Estudante  Trabalhador(a)  Trabalhador(a)-estudante  Sem Ocupação

#### 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

Número de Identificação – ID

### (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. Na escola, costuma sentar-se?**

Muito frequentemente  Frequentemente  Algumas vezes  Raramente  Nunca

**3. Na escola, mantém-se de pé?**

Nunca  Raramente  Algumas vezes  Frequentemente  Muito frequentemente

**4. Anda a pé na escola?**

Nunca  Raramente  Algumas vezes  Frequentemente  Muito frequentemente

**5. Na escola, pega em cargas pesadas?**

Nunca  Raramente  Algumas vezes  Frequentemente  Muito frequentemente

**6. Depois do período que esteve na escola sente-se cansado(a)?**

Nunca  Raramente  Algumas vezes  Frequentemente  Muito frequentemente

**7. Durante o período que está na escola transpira?**

Nunca  Raramente  Algumas vezes  Frequentemente  Muito frequentemente

**8. Em comparação com os outros colegas da sua idade, pensa que o período que passa na escola 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 à escola, local de treino ou às compras?**

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

Associação	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

Número de Identificação – ID

### (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):**

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 autoestima 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. Quantas horas, em média, dorme por noite?  $\leq 5$   6  7  8   $\geq 9$

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

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

4. Fuma atualmente? Sim  Não

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

5. Consome álcool?

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

Apenas em ocasiões especiais  Nunca

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

## 6. Alimentação

Selecione a opção que mais se adequa, consoante a 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"/>

## (VIII) BEM-ESTAR FÍSICO

1. Neste momento onde se situa na escala?

Pior vida possível           Melhor vida possível

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. O que pensa do seu estado de saúde?

Não me sinto com muito boa saúde  Sinto-me com razoável saúde

Sinto-me de boa saúde  Sinto-me de muito boa saúde

Associação	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

Número de Identificação – ID

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

<b>1. Prontidão para a prática desportiva:</b>	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

<b>1ª Parte</b>	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 <sup>2</sup> 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?				
<b>2ª Parte</b>	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   
 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