

## ATAS DO IX SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, LAZER E SAÚDE

**ANÁLISE E DESCRIÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, APTIDÃO FÍSICA E DA COMPOSIÇÃO CORPORAL DE ALUNOS DE LICENCIATURA E MESTRADO DA UNIVERSIDADE DO MINHO.**

**André Rocha, Henrique Alves, Hilário Silva, Marta Fernandes,  
Beatriz Pereira & Graça Carvalho**

CIEC, Instituto de Educação, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

**RESUMO**

Bons níveis de aptidão física estão, geralmente, relacionados com bons níveis de atividade física. Estes fatores associam-se de forma positiva com a saúde, nomeadamente na prevenção de certos tipos de doenças, tais como as relacionadas com doenças hipocinéticas. Outro bem comum aliado à prática assenta num melhor bem-estar físico e psicológico.

Assim, o propósito deste projeto assenta na análise e descrição do Nível de Atividade Física (NAF) e da Aptidão Física (ApF) e de dados antropométricos de alunos de Licenciatura e de Mestrado da Universidade do Minho, com idade compreendidas entre os 18 e 25 anos de idade. Proceder-se-á à aplicação de um questionário para conhecer e identificar o NAF nesta amostra; à avaliação antropométrica, determinando o peso, a altura e as pregas de adiposidade subcutânea; e a ApF será avaliada a partir de testes de força, resistência muscular e capacidade aeróbica. Pretende-se verificar se existem diferenças entre os grupos da amostra. Em função dos resultados obtidos será desenhado um programa de atividade física, realçando os seus benefícios para a promoção da saúde, a ser aplicado aos grupos de menor AF com o intuito de melhorar os níveis de aptidão física.

**PALAVRAS-CHAVE**

Atividade Física; Aptidão Física; Composição Corporal; Alunos Universitários

**1. INTRODUÇÃO**

Este estudo associa, em consonância com outros, a relação existente entre a prática de atividade física e a saúde, como um fator benéfico para a saúde física e mental, bem como para a prevenção de certo tipo de doenças no futuro (Hallal, et al, 2006).

É na atividade física que o corpo humano encontra um meio para manter a sua funcionalidade ótima e para a própria prevenção de doenças. Optar por atividades sedentárias representa um risco para o aparecimento de doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, uma das maiores causas de morte

no mundo ocidental (Santos, 2012a). Na verdade, o sedentarismo contribui para o aparecimento de imensas doenças, ditas de hipocinéticas: obesidade arterial, hipertensão, diabetes tipo II, sarcopenia, doenças cardiovasculares e osteoporose. A atividade física promove alterações morfológicas e funcionais que, na sua essência contribuem, de uma forma vital, para a prevenção deste tipo de doenças associadas ao sedentarismo, e para melhorar a capacidade para o esforço físico (Santos, 2012a).

Por outro lado, a atividade física apresenta benefícios a nível psicológico e social, estando até comprovado que a longevidade se associa positivamente com a sua prática (WHO, 2003). As relações laborais, sociais, entre outras, melhoram e levam a uma maior predisposição para o trabalho, contribuindo para a diminuição do absentismo laboral. Portanto, podemos afirmar a existência de uma associação entre atividade física, saúde e qualidade de vida (Santos, 2012a).

Pode-se associar a atividade física à aptidão física. Como refere Guedes e Guedes (1995), evidenciam-se relações positivas entre atividade física e aptidão física, ou seja, um bom nível de atividade física associa-se a uma boa aptidão. Entenda-se aptidão física como “um conjunto de atributos ou características que as pessoas possuem ou alcançam relacionado com a habilidade de executar a atividade física. Estas características são usualmente separadas em qualquer componente relacionado com saúde ou habilidades” (Santos, 2012a, p.2).

Sucintamente, com tudo o que foi referido anteriormente, pode-se estabelecer uma relação positiva entre a atividade física, saúde e aptidão física na medida em que a atividade física promove a saúde, e a uma melhor aptidão física associa-se uma boa atividade física.

Apesar dos benefícios da atividade física serem conhecimento da maioria das pessoas podemos verificar que as populações jovens e adultas tendem a optar por uma vida voltada para o sedentarismo e as pessoas que vão sendo ativas, não são o suficiente para evidenciar ganhos de saúde ao nível da população (WHO, 2003). Assim, outro motivo de preocupação assenta no facto

deste modo de vida sedentário ter vindo a contribuir para o aumento da obesidade populacional, nomeadamente a obesidade infantil (Han et al, 2010).

Esta tendência foi evidenciada num estudo de Farias e Salvador (2005) com alunos dos 11 aos 15 anos, em que o nível de sedentarismo ou “insuficientemente ativos” rondou os 58,4%, ou seja, mais de metade da amostra, o que não deixa de ser preocupante. Não obstante, para o mesmo estudo, o número de obesos fixou-se nos 24%, uma proporção bastante elevada para crianças e adolescentes, levando a crer que no futuro este valor vai tender a aumentar já que a prática de atividade física tende a diminuir consoante a idade avança (Farias e Salvador, 2005).

É através da realização da avaliação da composição corporal que se pode quantificar os principais componentes do organismo humano, tais como, os ossos, a musculatura e a gordura corporal. A **composição corporal** é dividida em dois grupos distintos, sendo um deles a massa magra (ou livre de gordura que é constituída por proteínas, água, músculos, órgãos vitais, osso e seu conteúdo mineral), e a outra, a massa gorda (gordura corporal) (Santos, 2009).

A um nível mais complexo, existem ainda cinco níveis de análise na avaliação corporal: (i) a nível molecular (hidrogénio, carbono, oxigénio, etc); (ii) molecular (massa gorda, minerais, proteína e água); (iii) celular (sólidos e fluídos extracelulares e massa celular); (iv) tecidual (tecido adiposo, músculo esquelético, osso, órgãos viscerais e outros tecidos); (v) e corpo inteiro (membros, tronco e cabeça) (Wang et al in Santos, 2009).

É através desta análise que há a possibilidade de compreender as modificações resultantes de alterações metabólicas e identificar riscos relacionados com a saúde. Porém, indivíduos considerados *a priori* com excesso de gordura, por apresentarem elevado peso corporal, podem ser indivíduos com maior desenvolvimento muscular, como é o caso dos atletas. Sendo assim, a composição básica do corpo pode ser definida através da percentagem relativa da massa gorda e através do tecido livre de gordura. Naturalmente, a composição corporal é avaliada para (i) identificar os riscos de saúde à acumulação de massa gorda; (ii) para prescrever objetivos apropriados para

planos nutricionais ou de atividade física ou exercício físico; (iii) para determinar estimativas para um peso saudável; (iv) para monitorizar alterações da composição corporal como na doença, bem como dos efeitos de intervenções farmacológicas; (v) para perceber e monitorizar as alterações da composição corporal ao longo dos processos de crescimento, maturação, e envelhecimento; (vi) e para perceber a qualidade do peso corporal. Desta forma, está bem estabelecido que o excesso de gordura corporal, particularmente quando localizada na zona abdominal, está associado à hipertensão, à síndrome metabólica, diabetes tipo 2, derrames, doença da artéria coronária e hiperlipemia, levando assim a diferentes tipos de obesidade que, atingindo o último grau, poderá levar à morte (Santos, 2012b).

É neste contexto que se enquadra o presente projeto. Pretende-se pois, analisar e descrever os níveis de atividade física da nossa amostra (alunos universitários de licenciatura e de mestrado) e proceder à avaliação antropométrica para perceber a qualidade de peso corporal e encontrar alguma relação entre os níveis de atividade física. Pretende-se verificar as diferenças existenciais entre grupos (tipo de licenciatura e de mestrado) e daí propor recomendações para promover a atividade física, realçando os seus benefícios como promotora de saúde.

## **METODOLOGIA**

A amostra será constituída pelos alunos de Licenciatura e de Mestrado da Universidade do Minho, com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos de idade.

O NAF será avaliado segundo o Questionário IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física (Anexo 1), um questionário para vigilância da obesidade e destinado precisamente para as populações adultas. É classificado, segundo o Protocolo de Pontuação do IPAQ (2001), da seguinte forma: (i) **NAF Baixo** - é o menor nível de atividade física, aqueles indivíduos que não satisfazem os critérios para as categorias seguintes, considerados de baixa ou de inatividade física; (ii) **NAF Moderado** - dentro de qualquer um dos seguintes

três critérios:  $\geq 3$  dias de atividade vigorosa de pelo menos 20 min/dia ou  $\geq 5$  dias de atividade de intensidade moderada ou andar pelo menos 30 min/dia, ou  $\geq 5$  dias de qualquer combinação de caminhada, de intensidade moderada ou vigorosa, atividades de intensidade atingindo um mínimo de pelo menos 600 MET min/sem; (iii) **NAF Alta** – dentro de qualquer um dos seguintes dois critérios: Intensidade Vigorosa - atividade em pelo menos 3 dias e acumulando pelo menos 1500 MET min/sem (MET: Equivalente Metabólico) ou  $\geq 7$  dias de qualquer combinação de caminhada, de intensidade moderada ou vigorosa, atividades de intensidade alcançando um mínimo de pelo menos 3000 MET-min/sem.

Na variável da ApF serão consideradas os testes de força, resistência muscular e capacidade aeróbica através dos seguintes procedimentos:

(i) Teste de força/resistência muscular localizada abdominal (RML), medida pelo número de flexões do quadril em 60 segundos, classificado em diferentes categorias segundo Pollock & Wilmore (1993) na Tabela 1

**Tabela 1.** Categorização da RML (segundo Pollock & Wilmore, 1993)

Sexo	Idade	Excelente	Acima da Média	Média	Abaixo da Média	Fraco
Masculino	15 – 19	>48	42 a 47	38 a 41	33 a 37	<32
	20 – 29	>43	37 a 42	33 a 36	29 a 32	<28
	30 – 39	>36	31 a 35	27 a 30	22 a 26	<21
	40 – 49	>31	26 a 30	22 a 25	17 a 21	<16
	50 – 59	>26	22 a 25	18 a 21	13 a 17	<12
	60 – 69	>23	17 a 22	12 a 16	07 a 11	<06
Feminino	15 – 19	>42	36 a 41	32 a 35	27 a 31	<26
	20 – 29	>36	31 a 35	25 a 30	21 a 24	<20
	30 – 39	>29	24 a 28	20 a 23	15 a 19	<14
	40 – 49	>25	20 a 24	15 a 19	07 a 14	<06

	<b>50 – 59</b>	>19	12 a 18	05 a 11	03 a 04	<02
	<b>60 - 69</b>	>16	12 a 15	04 a 11	02 a 03	<01

(ii) Teste de força/resistência muscular localizada dos membros superiores (MS), caracterizada por flexão/extensão cubital em 30 segundos, com os homens em quatro apoios e a mulheres em seis apoios, classificado em diferentes categorias segundo Pollock & Wilmore (1993) na Tabela 2.

**Tabela 2.** Categorização da MS (segundo Pollock & Wilmore, 1993).

Sexo	Idade	Excelente	Acima da Média	Média	Abaixo da Média	Fraco
<b>Masculino</b>	<b>15 – 19</b>	>39	29 a 38	23 a 28	18 a 22	<17
	<b>20 – 29</b>	>36	29 a 35	22 a 28	17 a 21	<16
	<b>30 – 39</b>	>30	22 a 29	17 a 21	12 a 16	<11
	<b>40 – 49</b>	>22	17 a 21	13 a 16	10 a 12	<09
	<b>50 – 59</b>	>21	13 a 20	10 a 12	07 a 09	<06
	<b>60 - 69</b>	>18	11 a 17	08 a 10	05 a 07	<04
<b>Feminino</b>	<b>15 – 19</b>	>33	25 a 32	18 a 24	12 a 17	<11
	<b>20 – 29</b>	>30	21 a 29	15 a 20	10 a 14	<09
	<b>30 – 39</b>	>27	20 a 26	13 a 19	08 a 12	<07
	<b>40 – 49</b>	>24	15 a 23	11 a 14	05 a 10	<04
	<b>50 – 59</b>	>21	11 a 22	07 a 10	02 a 06	<01
	<b>60 - 69</b>	>17	12 a 16	05 a 11	02 a 04	<01

(iii) Teste de força dos membros inferiores (MI) através do teste de salto horizontal, classificado segundo Rocha & Caldas (1978) nas seguintes categorias apresentadas na Tabela 3.

**Tabela 3.** Categorização da MI (segundo Rocha & Caldas, 1978).

Classificação	Resultado
---------------	-----------

Excelente	>2,70
Muito Bom	2,70 – 2,89
Bom	2,49 – 2,69
Regular	2,30 – 2,49
Fraco	<2,30

(iv) Teste de capacidade aeróbia, estimada em teste de pista composto por corrida em 2.400m (Conte et al, 2006). O tempo conseguido, ao percorrer a distância deve ser transformado em segundos e aplicados na fórmula seguinte:  $VO_2 \text{ máx} = (2400m \times 60 \times 0,2) + 3,5 / \text{tempo (seg)} = VO_2 \text{ em ml } 1/(\text{kg} \cdot \text{min})$ , classificado em diferentes categorias segundo Pollock & Wilmore (1993) na Tabela 4.

**Tabela 4.** Categorização da Capacidade aeróbica (segundo Pollock & Wilmore, 1993).

Idade e sexo	Classificação	VO2 Máx.	Idade e sexo	Classificação	VO2 Máx.
<b>Homens 18-25 anos</b>	Excelente	90	<b>Mulheres 18-25 anos</b>	Excelente	71
		71			67
	Bom	63		Bom	58
		59			54
		55			50
		53			48
		51			46
	Acima da Média	49		Acima da Média	43
		47			42
		46			41
	Média	45		Média	40
		43			39
	Abaixo da Média	41		Abaixo da Média	37
		39			35
38		34			
35		32			
33		31			
31		29			
Ruim	29	Ruim	26		
	26		22		
	20		18		
Muito Ruim	26	Muito Ruim	22		
	20		18		

Para a composição corporal serão utilizadas as medidas antropométricas e o índice de massa corporal. Nas medidas antropométricas serão realizadas as pregas de adiposidade subcutânea e circunferências/perimetria corporal.

As pregas de adiposidade subcutânea apresentam-se como uma forma indireta de mensurar a adiposidade corporal, e estabelecer uma relação linear entre os pontos anatómicos e a adiposidade corporal, ou seja, através da determinação absoluta da espessura do tecido subcutâneo, expressos em milímetros pode-se estimar a densidade e a quantidade de gordura corporal, através do aparelho adipómetro (Benedetti et al., 2009). A perimetria é uma

medida que pode representar medidas de crescimento, bem como fornecer índices de estado nutricional e níveis de gordura, e é utilizada uma fita métrica flexível (não elástica) (Santos, 2009).

Assim, iremos considerar como principais medidas de pregas de adiposidade subcutânea (i) tríceps (TR) – medida na parte posterior do braço, no ponto médio entre o processo acromial da escápula e o processo olecrano da ulna; (ii) subescapular (SB) – medida dois centímetros abaixo do ângulo inferior da escápula; (iii) peitoral (P) – medida no primeiro terço da linha entre a axila anterior e o mamilo para o sexo feminino e medido no segundo terço da linha entre a axila anterior e o mamilo para o masculino; (iv) supra-iliaca (SI) – medida na linha axilar média, imediatamente superior à crista ilíaca; (v) abdominal (AB) – medido a um centímetro abaixo do umbigo e três centímetros à direita; (vi) coxa (CX) – medida no ponto médio entre a dobra inguinal e a borda superior da rótula, com tendência ao ponto proximal da coxa; (vii) gastrocnémio – medida no ponto interno de maior perímetro do gastrocnémio (Sousa, 2008).

A densidade corporal (DC), o percentual de gordura (%G), a massa corporal magra (MCM) e a massa corporal gorda (MCG) estão intimamente relacionadas. Há diferentes formas de medir estas variáveis. Utilizaremos a equação de Siri (1961) a partir da medida das pregas de adiposidade subcutânea e da densidade corporal (DC):  $\% G = (4,95/\text{Densidade} - 4,50) \times 100$ ; para os homens (18 a 30 anos):  $D = 1,17136 - 0,06706 \log (TR + SI + AB)$  e para as mulheres (18 a 30 anos):  $D = 1,16650 - 0,07063 \log (SB + SI + CX)$ . Utilizando a classificação segundo Mcardle (1992) com as categorias da Tabela 5



**Tabela 5.** Categorização da DC (segundo Mcardle, 1992)

	Gordura essencial	Gordura Ideal	Limite Normal	Moderadamente Obeso	Excessivamente Obeso
<b>Homens</b>	3%	10%-14%	15%-20%	20%-25%	25%-30%
<b>Mulheres</b>	12%	14%-18%	25%-30%	30%-35%	35%-40%

Na perimetria será efetuada a medida à zona abdominal e à zona da anca, pois serve como indicador de adiposidade subcutânea e visceral, correlacionando-se fortemente, podendo indicar predisposição individual a doenças como diabetes e doenças cardiovasculares (Martins & Lopes, 2009). Para obtenção de resultados é utilizada uma fita métrica flexível não sendo elástica. O perímetro abdominal é medido em seu maior perímetro, geralmente à altura do umbigo e abaixo das últimas costelas e o perímetro da anca é medido na maior porção da região dos glúteos (Sousa, 2008). Com estas medidas pretende-se calcular a relação cintura/anca, análise de risco cardíaco pelo proporção de formas e gordura visceral. A fórmula utilizada para obter a relação cintura/anca é = Perímetro da Cintura (cm) / Perímetro da Anca (cm). Os valores pelo qual iremos referenciar para a classificação de riscos são os seguidos por Bray & Gray (1998), conforme Tabela 6.

**Tabela 6.** Classificação dos riscos (segundo Bray & Gray, 1998).

Classificação de Riscos - Tabela da Relação entre a Cintura e a Anca					
	Idade	BAIXO	MODERADO	ALTO	MUITO ALTO
<b>Homem</b>	<b>20 a 29</b>	< 0,83	0,83 a 0,88	0,89 a 0,94	> 0,94
	<b>30 a 39</b>	< 0,84	0,84 a 0,91	0,92 a 0,96	> 0,96
	<b>40 a 49</b>	< 0,88	0,88 a 0,95	0,96 a 1,00	> 1,00
	<b>50 a 59</b>	< 0,90	0,90 a 0,96	0,97 a 1,02	> 1,02
	<b>60 a 69</b>	< 0,91	0,91 a 0,98	0,99 a 1,03	> 1,03
<b>Mulher</b>	<b>20 a 29</b>	< 0,71	0,71 a 0,77	0,76 a 0,83	> 0,82
	<b>30 a 39</b>	< 0,72	0,72 a 0,78	0,79 a 0,84	> 0,84
	<b>40 a 49</b>	< 0,73	0,73 a 0,79	0,80 a 0,87	> 0,87
	<b>50 a 59</b>	< 0,74	0,74 a 0,81	0,82 a 0,88	> 0,88
	<b>60 a 69</b>	< 0,76	0,76 a 0,83	0,84 a 0,90	> 0,90

O IMC (Índice de Massa Corporal) será calculado através da seguinte forma  $IMC = PESO (Kg) / ALTURA (m^2)$ , cujos valores se podem distribuir em seis categorias, conforme o indicado pela OMS (2005) e apresentado na Tabela 7.

**Tabela 7.** Classificação dos riscos em saúde (segundo a OMS, 2005).

Classificação Adultos	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Risco
Baixo Peso	<18,5	Aumentado
Normal	18,5-24,9	Normal
Pré-Obesidade	25-29,9	Aumentado
Obesidade Grau I	30-34,9	Alto
Obesidade Grau II	35-39,9	Muito Alto
Obesidade Grau III	≥40	Extremamente Alto

### CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES

As principais limitações deste estudo prendem-se com a dimensão da amostra e a possível dificuldade em conseguir a medição antropométrica dos indivíduos. A aplicação do questionário torna-se algo possível na prática mas sujeito a respostas mais positivas do que a prática real. A medição das medidas antropométricas será mais difícil na medida em que nem todas as pessoas se vão mostrar disponíveis para colaboração o que levará à perda de números da amostra.

Este estudo irá ajudar a perceber se as pessoas que apresentam maiores níveis de atividade física são as que apresentam também melhores valores relativamente à sua composição corporal e menor percentagem de massa gorda.

Outro ponto será verificar se a atividade física se associa positivamente com a aptidão física, como vários estudos indicam. Atendendo aos valores encontrados nos níveis de atividade física da população Universitária podemos verificar se as tendências apontam para uma diminuição da prática à medida que a idade avança, conforme indicam alguns estudos.

A partir dos dados alcançados poder-se-á vir a propor recomendações adequadas para a prática de atividade física voltado para a promoção de saúde e como forma de melhorar a aptidão física deste grupo de pessoas.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conte, M., Goncalves, A., Chalita, L. & Ramalho, L. (2006). Nível de Atividade Física como estimador da Aptidão Física de Estudantes Universitários: Explorando a Adoção de

- Questionário Através de Modelagem Linear. *Revista Brasileira Medicina do Esporte*, São Paulo, 2008; 14 (4), 332-336.
- Farias, S. & Salvador, M. (2005). Antropometria, composição corporal e atividade física escolares. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 7 (1), 21-29.
- Guedes, D.P., Guedes, J.E.P. (1994) Implementação de programas de educação física escolar direcionados à promoção da saúde. *Revista Brasileira de Saúde Escolar*, 3, 1-4
- Hallal, P.; Bertoldi, A.; Gonçalves, H. & Victora, C. (2006). Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (6), 1277-1287.
- Han, J.; Lawlor, D. & Kimm, S. (2010). Childhood Obesity. *Lancet Seminar*. 375, 1737-48.
- Matsudo, S., Araújo, T., Matsudo, V., Andrade, D., Andrade, E., Oliveira, L.C. & Braggion, G. (2001) *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 6 (2), 05-18.
- OMS (2005)
- Pollock, M.L. & Wilmore, J.H. (1993) Exercícios na Saúde e na Doença : Avaliação e Prescrição para Prevenção e Reabilitação. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 233-362.
- Santos, R. (2009). Avaliação da Composição Corporal. Avaliação e Prescrição do Exercício Físico. Edições ISMAI, Maia.
- Santos, R. (2012a). Noções Básicas de Atividade Física, Exercício e Aptidão Física. Avaliação e Prescrição do Exercício Físico. Edições ISMAI, Maia.
- Santos, R. (2012b). Avaliação da Composição Corporal. Fundamentos Bio-Sociais da Atividade Física. Universidade do Minho – CIEC, Instituto da Educação.
- Sousa, M. (2008). Treinamento Físico Individualizado (Personal Training): Abordagem nas Diferentes Idades, Situações Especiais e Avaliação Física. Editora Universitária João Pessoa, Paraíba.
- Who – World Health Organization (2003). Annual Global move for health initiative: a concept paper. WHO/NMH/NPH/PAH/03.1.

## ANEXO 1

### QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDADE FÍSICA (IPAQ) - ADULTOS

Estamos interessados em conhecer os diferentes tipos de actividade física, que as pessoas fazem no seu quotidiano. Este questionário faz parte de um estudo alargado realizado em vários países. As suas respostas vão-nos ajudar a conhecer o nosso nível de actividade física, quando comparado com o de pessoas de outros países.

As questões que lhe vou colocar, referem-se à semana imediatamente anterior, considerando o tempo em que esteve fisicamente activo/a. Por favor, responda a todas as questões, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente activa. Vou colocar-lhe questões sobre as actividades desenvolvidas na sua actividade profissional e nas suas deslocações, sobre as actividades referentes aos trabalhos domésticos e às actividades que efectuou no seu tempo livre para recreação ou prática de exercício físico / desporto.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

*Actividades físicas vigorosas referem-se a actividades que requerem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante.*

*Actividades físicas moderadas referem-se a actividades que requerem esforço físico moderado e tomam a respiração um pouco mais forte que o normal.*

Ao responder às questões considere apenas as actividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

Q.1 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez actividades físicas vigorosas, como por exemplo, levantar objectos pesados, cavar, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?

Dias

Q.2 Nos dias em que pratica actividades físicas vigorosas, quanto tempo em média dedica normalmente a essas actividades?

Horas  Minutos (por dia)

Q.3 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez actividades físicas moderadas como por exemplo, carregar objectos leves, caçar, trabalhos de carpintaria, andar de bicicleta a um ritmo normal ou ténis de pares? Por favor não inclua o "andar".

Dias

Q.4 Nos dias em que faz actividades físicas moderadas, quanto tempo em média dedica normalmente a essas actividades?

Horas  Minutos (por dia)

Q.5 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias andou pelo menos 10 minutos seguidos?

Dias

Q.6 Quanto tempo no total, despendeu num desses dias, a andar/caminhar?

Horas  Minutos (por dia)

Q.7 Diga-me por favor, num dia normal quanto tempo passa sentado? Isto pode incluir o tempo que passa a uma secretária, a visitar amigos, a ler, a estudar ou a ver televisão.

Horas  Minutos (por dia)