



Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Faculdade de Medicina

UNIVERSIDADE DO PORTO



Mestrado em Saúde Pública

**Saúde, actividade física e peso corporal:
contributo para o seu conhecimento numa
amostra da população adulta Portuguesa**

**Cláudia Isabel Pontes Neves Afonso
Porto, 1999**

Saúde, actividade física e peso corporal:
contributo para o seu conhecimento numa amostra
da população adulta Portuguesa

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública,
apresentada à Universidade do Porto

Sob a orientação da Prof. Doutora Maria Daniel Vaz de Almeida
e a co-orientação da Prof. Doutora Denisa Mendonça

Cláudia Isabel Pontes Neves Afonso

Porto, 1999

Aos meus pais

Ao Luís

Em memória da minha avó

Índice

	<i>Páginas</i>
Resumo	5
Abstract	8
1. Introdução	11
1.1. Paradigmas da saúde	11
1.2. Definições de saúde	14
1.3. Saúde e actividade/exercício físico	17
1.4. Epidemia da obesidade	21
1.5. Actividade/exercício físico e peso corporal	24
2. Objectivos	31
3. População e Métodos	33
3.1. População	33
3.2. Amostra	33
3.3. Metodologia	33
3.4. Análise de Dados	37
4. Resultados	40
4.1. Características pessoais e sócio demográficas	40
4.2. Atitudes e comportamentos face à actividade física, peso corporal e saúde	44
4.3. Níveis de actividade física	56
4.4. Motivações e barreiras à prática de actividade/exercício físico	68
4.5. Peso corporal e satisfação com a imagem corporal	76
5. Discussão	96
6. Conclusão	128
Bibliografia	135
Anexos	
Agradecimentos	

Resumo

Estão hoje bem identificados diversos factores de risco das principais doenças crónico-degenerativas de que se destacam, pelo potencial de mudança, o sedentarismo e a malnutrição por excesso e desequilíbrio.

Para ser eficaz, qualquer intervenção deve ser baseada no conhecimento das populações a que se destina, nomeadamente quanto às suas necessidades, atitudes, e comportamentos.

Assim foi objectivo deste estudo identificar na população Portuguesa, os determinantes e níveis de prática de actividade física e a sua relação com o peso e imagem corporal, que possibilitem definir estratégias de promoção adequadas aos Portugueses. Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do projecto multicêntrico *Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body Weight and Health*, liderado pelo *Institute of European Food Studies (IEFS)* - Dublin e financiado pela DG V¹, com a presença de membros de todos os países da União Europeia, em que a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto foi o representante Português.

Foram inquiridos 1007 Portugueses, com idade igual ou superior a 15 anos, sendo esta amostra representativa da população Portuguesa atendendo à idade, sexo, classe social, ocupação, região de residência, e a dimensão de habitantes da localidade. Procedeu-se à análise descritiva, uni e multivariável da informação para a caracterização da amostra do estudo de acordo com os objectivos.

Verificamos que em Portugal, a relação entre actividade física, peso corporal e saúde encontra-se atenuada no que se refere à importância atribuída, sendo a alimentação (60%) os hábitos tabágicos (26%) e o stress (21%) os factores mais percebidos pelos Portugueses como influenciadores da saúde. O acumular de investigação comprova a importância da actividade física na saúde e bem-estar, as tendências actuais demonstram em Portugal uma elevada proporção de indivíduos sedentários.

Apesar de identificarem numerosos benefícios à prática de actividade/exercício físico, os Portugueses parecem desconhecer que um estilo de vida activo não requer um regime vigoroso de programas de exercício, nem a obrigatoriedade de pertencer a um determinado estereótipo da sociedade, pois a principal barreira ao não envolvimento na actividade física foi não se considerarem do "tipo desportivo".

A distribuição pelas classes de Índice de Massa Corporal indica-nos que embora 49% dos Portugueses sejam normoponderais, 42% tem excesso de peso (33% sobrecarga ponderal e 9% obesos) e 8% se encontra abaixo da normalidade.

¹ Directorate-General V - Public Health Unit - Commission of the European Union

Os principais factores identificados como influenciadores do aumento do peso corporal relacionavam-se com a alimentação em geral (34%) ou seus aspectos específicos, sendo a actividade física identificada apenas por uma pequena percentagem da amostra (11%). Como método para a perda de peso a actividade/exercício físico também só era utilizada por 13% dos inquiridos.

Verificou-se existirem desigualdades de atitudes, conhecimentos e importância atribuída à actividade/exercício físico e ao peso corporal entre regiões do país, idades, sexo e classes socioeconómicas correndo mais riscos as mulheres, os mais velhos e as classes sociais mais desprotegidas onde a informação e as infraestruturas não chegam com a facilidade esperada.

O presente estudo contribui para identificar prioridades de actuação na promoção de uma vida mais activa, servindo como ponto de partida à implementação de uma política de saúde pública adaptada à população Portuguesa.

Abstract

Major chronic diseases risk factors are clearly identified, and many of them, like a sedentary lifestyle and malnutrition, stand out due to their changing potential.

To be effective, any intervention should be based on the knowledge of the target population, namely on their needs, attitudes and behaviour.

The objective of this study was to identify in the Portuguese population, the determinants and physical activity levels, and their relation with weight and body image, in order to define the adequate strategies of health promotion. This project was developed under the scope of multicentric the Pan-EU Survey on consumer Attitudes to Physical Activity, Body Weight and Health, under the leadership of the Institute of European Food Studies (IEFS) - Dublin and sponsored by DG V¹, with the cooperation of members from all countries in which the "Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto" was the Portuguese representative.

1007 Portuguese citizens, aged ≥ 15 , were interviewed constituting a national representative sample attending to sex, age, social class, occupation, education and geographical area. The data's descriptive analysis, was followed by uni e multivariates to characterize the study's sample according to the defined objectives.

We found that in Portugal, the relation between physical activity, body weight and health, is softened, concerning the ascribed importance, being food intake (60%), smoking habits (26%) and stress (21%), the most understood health influencing factors to the Portuguese. The investigation increasingly confirms the importance of physical activity to health and well being, although the present tendency shows a high proportion of sedentary individuals in Portugal.

Various benefits of being physically active were identified by the respondents but the Portuguese seem to be unaware that an active lifestyle doesn't force to strong exercising programs, nor belonging to any society's stereotypes, since the main barrier to physical activity was the fact that they did not consider themselves as "the sporty type".

49% of the Portuguese were found to be of normal weight, 42% are overweighted (33% are overweighted and 9% obese) and 8% are underweight.

Factors identified with weight control were associated to food consumption and only a small percentage of respondents identified physical activity.

A large variation in attitudes, knowledge and behaviour in relation to physical activity, and body weight was found amongst the different groups, women, older subjects and those less educated were found to be more at risk of inactivity and of overweight/obesity.

Results of this study will help the definition of target groups for physical activity promotion and can be a base for future interventions.

1. Introdução

"Mente sã em corpo sã", é um princípio cada vez mais actual. Em nome desta ideia de um corpo saudável e belo, aumenta o número de pessoas preocupadas com a saúde e seus condicionantes.

1.1. Os paradigmas da saúde

Neste contexto podemos verificar que a própria definição de saúde tem evoluído ao longo do tempo. A medicina ocidental tem na sua origem as teorias de Hipócrates (ano 400 a.C.) em que saúde e bem estar resultam de um equilíbrio entre os factores ambientes como o vento, a temperatura, a água, a terra, as disponibilidades alimentares e os estilos de vida do indivíduo. Nestes se incluem os hábitos alimentares e sexuais bem como as actividades profissionais e dos tempos livres. Este equilíbrio entre o homem e o seu ambiente exterior são determinantes do seu balanço interno, condicionando o equilíbrio entre os quatros humores do organismo humano: sangue, fleuma, bilis preta e amarela (World Health Organization, 1987).

A teoria de Hipócrates tem como base a medicina tradicional Chinesa, em que o organismo humano é visto como um sistema de componentes interrelacionados que têm como tendência natural a manutenção do seu balanço dinâmico. A falta deste equilíbrio ou doença são resultantes de factores como a pobreza, a escassez de alimentos, a falta de dormir e de actividade / exercício físico, e a desarmonia com a família ou com a sociedade (World Health Organization, 1987).

Quer as teorias de Hipócrates, quer os paradigmas tradicionais Chineses têm uma forte componente ecológica, em que o mundo e os seres vivos são vistos como um todo tentando alcançar o estadio de equilíbrio devido à sua natureza dinâmica. Neste âmbito ecológico a saúde é vista como uma adaptação ao meio e a doença uma desadaptação (World Health Organization, 1987; Alva, 1998).

No séc. XVI, o paradigma Cartesiano modelou o pensamento científico e tecnológico do mundo. O universo e todos os seres vivos nele incluído eram vistos como um enorme relógio funcionando com grande precisão e de acordo com leis matemáticas. Só através do entendimento dessas leis é que o homem consegue dominar a natureza. Tal como as plantas e os outros animais, os seres humanos são considerados compostos por uma mente racional separada do corpo mas ligada pela glândula pineal no cérebro (World Health Organization, 1987).

Face às limitações do anterior paradigma em que há omissão do ambiente exterior, surge posteriormente, no século seguinte, o paradigma biomédico no qual a doença é vista como *"um enfraquecimento temporal ou permanente das funções de um componente, ou da relação entre os diferentes componentes do indivíduo"*. A conceptualização da doença por si só não reside numa preocupação particular. O mais importante são os factores causais, bem como o mecanismo que a explica, ou seja de que forma é que podem estes factores ser influenciados, controlados ou prevenidos (World Health Organization, 1987).

Durante o período de início do capitalismo na Europa, com a sua rápida industrialização e urbanização, a pobreza muitas vezes acompanhada de ignorância, e as precárias condições de trabalho e de vida das classes sociais mais baixas, relacionava-se com os altos níveis de morte prematura. A escassez de alimentos, a higiene inadequada, o elevado número de horas de trabalho e a não acessibilidade a tempo de lazer, teve efeitos nocivos na saúde e no bem-estar. Estas consequências físicas e psicológicas bem como outros factores que assumidamente condicionam negativamente o desenvolvimento físico, começam a ser estudados (World Health Organization, 1987; Alva, 1998). Face a este perfil de saúde, no final do séc. XIX iniciou-se, na maioria das cidades, a instalação de sistemas de purificação da água. Também nesta altura os trabalhos dos bacteriologistas, acrescidos às observações dos epidemiologistas John Snow e William Farr, desempenharam um papel crucial no combate à doença (Last, 1987).

A meio do séc. XIX, políticos, administradores e médicos mais liberais mostram a necessidade de que a saúde deve ser uma preocupação da sociedade e a medicina começa a ser considerada como uma ciência social. O papel desta é intervir na vida social e política na tentativa de diminuir os desajustes socioeconómicos e as condições envolventes que condicionam a vida e a saúde das classes mais baixas (World Health Organization, 1987).

No final do séc. XIX, a aplicação de medidas ambientais e de saúde, reforçadas por novas leis e regulamentos, foram os meios de controlo estabelecidos para a obtenção de saúde e vida longa (Last, 1987).

O sucesso da biomedicina e o início da melhoria das condições de vida e de trabalho nos países industrializados, no final do séc. XIX fez cair a medicina social que, cede lugar à bacteriologia. As descobertas de Robert Koch, Pasteur e Rudolph Virchow desempenharam nessa altura um papel crucial. Os microbiologistas iniciaram o isolamento de estirpes causais da maioria das doenças infecciosas existentes. A doutrina da etiologia específica das doenças juntamente com a teoria dos germes foi desde então até à actualidade, a base teórica utilizada para explicar um largo número de outras patologias causadas por agentes específicos como: as radiações, o ruído, a actividade, o stress, componentes químicos, o álcool, o tabaco e a poluição (World Health Organization, 1987; Last, 1987).

Posteriormente verificou-se que as doenças transmissíveis parecem ser causadas não só por agentes infecciosos mas influenciadas também por factores como a alimentação, as condições de trabalho, a educação e o salário. A existência de microorganismos é condição necessária para o desenvolvimento das doenças infecciosas, no entanto a susceptibilidade individual desempenha também um importante papel na sua etiologia. No início do séc. 20 a resistência imunológica foi descoberta, produzindo uma base científica para uma nova área de prevenção da doença através da

imunização - a vacinação. A manutenção da saúde requer um nível suficiente de resistência específica ou geral determinados agentes para combater os causadores da doença e de outros riscos para a saúde. Ao longo do desenvolvimento da medicina psicossomática, sociológica e da epidemiologia social nas últimas décadas, a noção de resistência e susceptibilidade por si só tornaram-se um fenómeno de interesse clínico e científico (Last, 1987; Piédrola, 1991).

Em circunstâncias normais os seres humanos tendem a adaptar-se aos diversos ambientes, físico e social na tentativa de manter o seu equilíbrio físico, psicológico, emocional e cognitivo. Situações particulares (pobreza, malnutrição, perda de suporte pessoal ou social entre outras) podem ser tidas como factores capazes de aumentar a susceptibilidade para o risco da perda deste equilíbrio. Conclui-se então que a saúde e a doença não dependem meramente de situações sociais ou do ambiente e de resistência a doenças em particular, mas sim do potencial físico, psicológico e individual para lidar com o meio interno e externo. A maioria das doenças resulta de muitas e variadas condições internas e externas que interactivam - princípio da multicausalidade. Este princípio reveste-se de uma importância não só teórica como também serve como linha de orientação para a actuação tanto nos factores causais específicos como nos predisponentes a fim de promover a saúde e evitar a doença poluição (World Health Organization, 1987; Piédrola, 1991).

1.2. Definições de Saúde

Perante a necessidade de objectivar a definição de saúde, em 1946, a OMS considerou-a como *"um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de doença ou enfermidade"* Esta definição constituiu na época, um importante passo em frente pelo seu carácter holístico mas foi objecto de críticas, pela impossibilidade de medir *"completo bem estar"* entre outros aspectos. Também foi considerada como

utópica, estática e subjectiva, não tomando em linha de conta a interacção dinâmica entre as dimensões física, psíquica e social (Last, 1995).

Saúde, segundo Leavelly Clark (1958), "*é um estado de relativo equilíbrio entre a forma e as funções do organismo que resulta numa adaptação dinâmica das forças que a perturbam. Esta interacção entre o organismo e as forças que actuam sobre ele não é passiva, mas sim uma resposta activa procurando sempre a sua adaptação*" (Piédrola, 1991).

René Dubos, em 1968, definiu saúde como um "*modus vivendi que permite a homens imperfeitos conseguir e prosseguir uma existência compensadora e não muito sofredora, enquanto interactuam com um mundo imperfeito*" (Last, 1995).

Em 1975, Terris argumenta que possivelmente a noção de saúde e doença não são situações simétricas, podendo mesmo coexistir, no sentido em que a presença de doença nem sempre poderá reflectir uma perda de funções e do bem-estar (Terris, 1975).

Posteriormente, outras definições de saúde sugerem que esta deva ser considerada como um recurso para a vida, enquanto outras, que deve ser encarada como uma qualidade adaptativa. Antonovsky (1981), desenvolveu o conceito de manutenção do sentido de coerência para descrever a maneira como as pessoas enfrentam as mudanças externas ocorridas no seu meio ambiente. Enquadrando-se esta definição na moderna abordagem ecológica da saúde, na qual segundo Herman San Martin, a saúde e a doença não são mais do que manifestações ecológicas entre o homem e seu ambiente físico, mental e social. A Medicina que se ocupa da saúde e da doença não é somente uma ciência biológica mas também uma ciência social cujo objectivo final é o homem (Last, 1987; Piédrola, 1991).

Em 1978, na conferência de Alma Ata, a OMS publica o documento *"Saúde para todos no ano 2000"* para sublinhar o facto de que apesar das ambiciosas proclamações da sua constituição, continua a existir um largo número de pessoas de diferentes países que não usufruem das condições mínimas de saúde (US Department of Health and Human Services, 1979).

Mais recentemente Bouchard e Shephard (1994), definem saúde como uma condição humana com dimensões físicas, sociais e psicológicas cada uma destas caracterizadas em pólos positivos e negativos. Uma "saúde positiva" refere-se à capacidade de gozar a vida enfrentando os seus desafios. A "saúde negativa" refere-se à morbidade e, no seu extremo, à mortalidade precoce. Apesar da chamada de atenção para as várias dimensões da saúde, uma saúde positiva ou negativa para cada uma das dimensões podem coexistir (Bouchard et al., 1994).

No período de globalização em que vivemos, a maioria dos problemas de saúde ultrapassam as barreiras dos países a que dizem respeito. A saúde global é afectada pelo disseminar de substâncias tóxicas, pelas guerras, pelo tráfico de substâncias ilegais e também pelo marketing de produtos "pouco saudáveis". A par das consequências de saúde, as económicas, políticas, socioculturais e ambientais são evidentes. Para novo século, a OMS reafirma que a saúde representa um dos direitos fundamentais dos seres humanos, sendo uma das metas da saúde, a dignidade e o respeito que todos merecem, igualando direitos e deveres e partilhando as responsabilidades (World Health Organization, 1997).

Perante as várias definições e conceitos que surgiram ao longo dos tempos pode concluir-se que a saúde, ou o que se define como ter saúde não é uma condição homogénea, mas sim um reflexo de valores, conhecimentos, costumes e práticas, partilhadas pelas pessoas numa comunidade. Longe vai a abordagem clássica da saúde em que esta era encarada como a mera ausência de doença.

Frequentemente apercebemo-nos que o ser humano tem uma atitude ilógica ao debater-se com os problemas da saúde e da doença. Se por um lado, o funcionamento fisiológico do organismo tenta manter um equilíbrio com o meio envolvente, por outro lado os hábitos pouco saudáveis adoptados pela comunidade, reflexo da urbanização e industrialização, somado a outros factores demográficos, económicos e políticos, geram condições de desequilíbrio prejudiciais à saúde.

Cabe aos profissionais de saúde a responsabilidade de orientar os indivíduos e a comunidade para tentar modificar esses hábitos ou costumes, com vista à melhoria da qualidade de vida.

1.3. Saúde e Actividade / Exercício Físico

Ao analisarmos os dados sobre o estado de saúde das populações dos países industrializados, verifica-se um declínio progressivo da mortalidade por doenças parasitárias e alguns tipos de doenças infecciosas e de carências nutricionais, como consequência das melhorias verificadas nas disponibilidades alimentares, condições higio-sanitárias, de habitação, educação, entre outras. Também medidas preventivas como a vacinação e o acesso facilitado ao tratamento, muito contribuíram para este declínio promovendo um aumento da esperança de vida e reduzindo inúmeros riscos sanitários (European Commission, 1997; European Commission, 1997^a).

Em oposição a este decréscimo, verifica-se um aumento da morbi-mortalidade pelas doenças crónicas e degenerativas associadas às mudanças dos estilos de vida, dos quais o padrão alimentar e o sedentarismo generalizado das populações são componentes essenciais (European Commission, 1996; European Commission, 1997^a).

A introdução de novas tecnologias poupa ao Homem moderno uma grande quantidade de esforço e exercício. São exemplos, os transportes públicos e privados, a facilitação da comunicação pelos computadores, os electrodomésticos, as máquinas

agrícolas e industriais. Desde a Revolução Industrial até aos dias de hoje verificou-se uma notável diferença. De uma sociedade inicialmente rural e posteriormente operária, trabalhadora e fisicamente activa, surge-nos uma população urbana e suburbana com pouca ou nenhuma oportunidade para desenvolver actividade física, reduzindo assim em larga escala a energia gasta diariamente nas tarefas habituais, enquanto a oferta de alimentos energeticamente densos não cessa de aumentar (Pollock et al., 1986; Costa, 1991).

No entanto, estas modificações que têm como consequência a conservação do esforço e da energia humana, podem, em algumas situações, não ser compatíveis com uma vida saudável. Em consequência destas e doutras alterações verificamos uma subida acentuada das doenças crónicas e degenerativas e se inicialmente estas patologias atingiam a população com idades superiores a 65 anos, actualmente começam a generalizar-se às faixas etárias mais jovens (OMS, 1985; European Commission, 1996; Powell & Blair, 1994; NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health, 1996; European Commission, 1997^a).

Em 1960, na Europa, morriam 1,45 milhões de pessoas padecendo destas patologias e em 1990, este número subiu cerca de dois terços, de que, dos 3,3 milhões de mortes, 1,4 foram causados por patologia cardiovascular e 0,8 por cancro (European Commission, 1997).

Portugal não é excepção, e se em 1960 a morte por doença cardiovascular rondava os 26%, em 1996 este valor eleva-se para 42%, dos quais, 53% foram devidos às doenças cerebrovasculares, que continuam a ser a principal causa de morte no nosso país (Instituto Nacional de Estatística, 1996).

No entanto o padrão de doença continua a evoluir. Nos Estados Unidos há já evidências da diminuição da morte por patologia cardiovascular, reflexo de alterações demográficas, de terapia e de resultados a longo prazo de programas preventivos,

verificando-se por outro lado um aumento da mortalidade por doença de Alzheimer (European Commission, 1997).

Como atrás se referiu, a investigação mostra que, o sedentarismo aliado ao padrão alimentar, condicionantes do aumento do peso corporal, são importantes factores de risco nas doenças mais prevalentes, desempenhando um papel fundamental na sociedade actual obcecada pelo "culto do corpo", onde elegância é sinónimo de magreza e para a obtenção de uma boa saúde, a prática de actividade/exercício físico são factores primordiais (Caspersen, et al., 1985).

São hoje reconhecidos os benefícios da actividade / exercício físico ¹ em termos de saúde. Esta é definida como tendo três dimensões: duração, frequência e intensidade (Bouchard & Shephard, 1994).

A prática regular da actividade física é benéfica em todas as idades pela sua característica fortalecedora dos músculos e ossos, ajudando em grande escala à manutenção da independência funcional, à medida que o envelhecimento ocorre, promovendo não só a longevidade como também a qualidade de vida (US Department of Health and Human Services, 1979; Slattery & Jacobs, 1988; Paffenbarger et al., 1994; Min Lee et al., 1995; US Department of Health and Human Services, 1997; Gurr et al., 1998; American College of Sports Medicine, 1998), sendo já considerada como uma das melhores aquisições em saúde pública (Morris, 1994).

Estudos epidemiológicos mostram que o sedentarismo contribui para 35% das mortes por doença cardiovascular, por estar directamente relacionado com os seus factores de

¹ Impõe-se apresentar algumas definições:

Actividade física é definida como qualquer movimento produzido pelos músculos esqueléticos e que tenham como resultado um aumento do metabolismo basal.

Exercício Físico é um subgrupo da actividade física que é planeado, estruturado e repetido, tendo como objectivo promover e manter a condição física.

Desporto é um tipo de actividade física governado por regras, envolvendo treinos estruturados e situações competitivas.

Condição física é um conjunto de atributos não só relacionados com a perícia e / ou com a força para desempenhar uma actividade física (Caspersen, 1989; Pate et al., 1995).

risco, 32% das mortes por cancro do cólon e 34% das mortes por diabetes. Para além disso, a investigação feita nos diferentes países é unânime em considerar que a prática regular de actividade física poderá reduzir o surgimento da hipertensão arterial quer na população adulta (Dannenberg et al., 1989; Blair et al., 1989; Paffenbarger et al., 1994; Committee on Medical Aspects of Food Policy Cardiovascular Group, 1994; Min Lee et al., 1995; Gurr et al., 1998) quer nos mais jovens (Strazzullo et al., 1988) e tem uma acção positiva sobre o perfil lipídico através dos níveis séricos de colesterol promovendo a diminuição das LDL e o aumento das HDL (Committee on Medical Aspects of Food Policy Cardiovascular Group, 1994; Angotti & Levine, 1994; Stefanick et al., 1998).

Níveis adequados de actividade física estão associados positiva e significativamente com a densidade mineral óssea prevenindo ou desacelerando a perda óssea verificada com a idade e com a menopausa (Zhang et al., 1992). De realçar também a importância atribuída à actividade física na prevenção primária da diabetes tipo II (Manson et al., 1991; Feskens et al., 1994; Burchfiel et al., 1995).

Nos últimos 40 anos também se evidenciaram benefícios da prática de actividade física em relação à diminuição da prevalência de estados depressivos promovendo o bem-estar em geral (Farmer et al., 1988; Ross & Hayes, 1988; Camacho et al., 1991).

Apesar do acumular de investigação no sentido da comprovação da importância da actividade física, as tendências actuais demonstram cada vez mais, um aumento do sedentarismo, a par das próprias modificações da sociedade e do padrão laboral (Mason & Powell, 1985).

Nos EUA, somente 22% da população se encontra envolvida em actividades recomendada (prática diária de pelo menos 30 minutos de uma actividade moderada) e de acordo com o *Surgeon General Report*, 24% são completamente sedentários (US Department of Health and Human Services, 1996).

Em paralelo com o sedentarismo generalizado das populações, deparamo-nos com outro grande problema que afecta principalmente as sociedades desenvolvidas, denominado já por várias entidades como a epidemia do século - a obesidade (European Food Information Council, 1998; World Health Organization, 1998).

Contrariamente ao esperado numa sociedade em que o estereotipo desejado é a magreza, assistimos ao aumento da prevalência da obesidade, doença crónica, que no seu sentido lato corresponde a um aumento das reservas lipídicas no tecido adiposo, com implicações catastróficas em termos de saúde pública e não meramente uma questão estética (Bray, 1992).

1.4. A epidemia da Obesidade

Se através da História o ganho de peso e armazenamento de gordura era visto como sinal primeiramente de sobrevivência, mas também de prosperidade, e a preocupação alimentar era assegurar a energia adequada para repor a dispendida, actualmente assiste-se a uma modificação radical da forma de encarar o peso em excesso (European Food Information Council, 1998; Bray, 1992).

Vários achados de estatuetas de mulheres opulentas, datadas de há cerca de 25 000 anos atrás mostram que a obesidade não é um fenómeno actual mas, nunca antes na história da humanidade assumiu, a nível populacional e individual, as proporções tão alarmantes deste fim deste século (World Health Organization, 1998).

Nas sociedades ocidentais a obesidade é tida como desprestigiante aumentando assim a obsessão pelo emagrecimento. Os indivíduos obesos são fortemente "agredidos" correndo riscos de segregação social visíveis por exemplo, nos *mass media* com programas a favor da magreza e contra o excesso de peso. No entanto a prevalência da obesidade continua a aumentar, generalizando-se a todas as faixas etárias (Galvão

Teles, 1993; Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, 1996; World Health Organization, 1998).

A obesidade associa-se a cinco das principais causas de morte: doença cardíaca, alguns tipos de neoplasias, AVC, diabetes mellitus tipo II e aterosclerose, encontrando-se também uma relação com a litíase biliar, esteatose hepática, hiperuricemia, doenças reumatológicas, disfunções hormonais e dislipidemias. Pensa-se que uma pessoa com um IMC¹ superior a 27 tem uma probabilidade 70 vezes superior de surgimento das patologias acima indicadas (Magalhães & Figueiredo, 1991; Rippe, 1998; Rippe & Hess, 1998; World Health Organization, 1998).

Na população adulta Americana, os "National Health and Nutrition Examination Surveys" (NHANES), indicam-nos que entre 1976 - 80 e 1988 - 91, a prevalência do excesso de peso aumentou de 25,4% para 33% e, ao reportarmo-nos à década de 90 esta percentagem ronda os 55%. Este aumento compreende não só países desenvolvidos como também países em transição como o Brasil (World Health Organization, 1998).

Para a população adolescente Americana, dados deste estudo revelam que 1 em cada 5 adolescentes tem peso excessivo e dados de 1988 - 91 mostram um aumento em cerca de 40% da prevalência da obesidade neste grupo etário (US Department of Health and Human Services, 1996). Paralelamente a esta situação verifica-se também nesta faixa etária, uma menor adesão a estilos de vida mais activos em detrimento de comportamentos passivos como estar em frente a um televisor, independentemente do IMC (Bernard et al., 1995).

Este aumento da prevalência da obesidade não está apenas confinado à população Americana, pois também na Europa, reflexo das alterações sociais, económicas e culturais, a prevalência da obesidade aumentou. Resultados do estudo MONICA

¹ IMC (Índice de Massa Corporal): Calculado segundo a fórmula peso (kg) / estatura² (m). Este índice permite construir as seguintes categorias: IMC ≤ 19,99 - magreza / IMC 20-24,99 - normal / IMC 25-29,99 - sobrecarga ponderal / IMC > 30 - obesidade (Garrow, 1988).

(MONItoring of trends and determinantes in CARdiovascular diseases - 1983/86), mostraram um aumento da prevalência da obesidade entre 10% e 40% na maioria dos países da Europa, sendo a maior aumento verificado na Inglaterra em que esta prevalência duplicou (Word Health Organization, 1998).

Atendendo ao género, verificou-se, neste estudo uma prevalência da obesidade em 15% da população masculina e 22% da feminina, sendo esta particularmente elevada nas mulheres oriundas de países mediterrâneos e do leste da Europa. Estudos mais recentes indicam uma prevalência da obesidade nos homens compreendida entre os 10% e os 20% e nas mulheres entre 10% e 25% (Epstein & Higgins, 1992; Word Health Organization, 1998).

Em muitos países em desenvolvimento, a obesidade co-existe juntamente com a subnutrição. Se, por um lado, a sua prevalência em países africanos e asiáticos não é, no seu todo, muito elevada, o mesmo não se passa quando fazemos a distinção entre zonas rurais e urbanas. Em regiões economicamente avançadas, a sua prevalência é mais elevada do que em muitos países industrializados, e tem tendência a aumentar (Word Health Organization, 1998).

A epidemia generalizada da obesidade é tanto mais importante se se considerar que o risco de morte prematura e debilitações várias podem ter um impacto considerável na qualidade de vida das populações. A propósito da associação entre a obesidade e a redução da esperança de vida, já na antiguidade Hipócrates referia que a morte súbita era mais comum nos indivíduos mais gordos do que nos magros (Epstein & Higgins, 1992; Word Health Organization, 1998).

No entanto, as estatísticas sobre a morbilidade e mortalidade não reflectem a magnitude deste problema, pois referem-se apenas situações patológicas associadas à obesidade e não a esta patologia por si só (Bray, 1992).

Em Portugal a investigação sobre a prevalência da obesidade é escassa, porém alertamos para uma prevalência em jovens e adolescentes de cerca de 19% aumentando na idade adulta para 56,3% (Torres et al., 1990; Lima Reis, 1998).

De etiologia multifactorial, concorrem para a obesidade diversos factores de risco como a hereditariedade, alterações hormonais e também ambientes e sociais, entre os quais os hábitos alimentares, o stress e o sedentarismo. Assim, a inactividade pode representar, por si só, causa e consequência desta patologia (Wilmore, 1996; Ching et al., 1996; Hahn & Payne, 1997; Senekal et al., 1999).

1.5. Actividade / Exercício físico e peso corporal

Desde o início da década de 90, a promoção da actividade física e seus evidentes benefícios têm vindo a ser alvo da preocupação das mais diversas entidades. Nos EUA, a American Heart Association, em 1995, foi responsável por um plano de estratégias para a promoção da actividade física (American Heart Association, 1995). O Department of Health and Human Services de Atlanta, em 1997 estabeleceu orientações para a promoção da actividade física para jovens e adolescentes, e o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, em 1996, foi responsável pela elaboração de um documento referente à importância da actividade física na prevenção da doença. Neste documento encontram-se também directrizes orientadoras estabelecendo qual o tipo, intensidade e frequência de actividade a praticar, sugerindo linhas mestras para a sua promoção (US Department of Health and Human Services, 1996; US Department of Health and Human Services, 1997). Em 1997, a OMS juntamente com outras entidades como a UNESCO, o Comité Olímpico Internacional e outras entidades não governamentais formaram um grupo internacional consultivo para a promoção de uma vida activa, lançando o "*Global Initiative on Active Living*" (World Health Organization, 1997).

As preocupações com o crescente sedentarismo, surgem também na Europa e, em 1996, a DG V¹ da Comissão Europeia estabeleceu um programa para a promoção da actividade física denominado "Europe on the move" (European Commission, 1999).

A actividade física desempenha um papel fundamental na prevenção do ganho de peso e sua manutenção, revestindo-se também de primordial importância no tratamento eficaz da obesidade, para além dos mais variados benefícios em termos de saúde geral, promovendo a qualidade de vida e reduzindo o risco das patologias mais frequentes na nossa sociedade (Dannenberg et al., 1989; Paffenbarger et al., 1993; Bouchard & Shephard, 1994; Haus et al., 1994; Pate et al., 1995).

Face ao sedentarismo generalizado das populações industrializadas, um dos objectivos do National Health Promotion (Estados Unidos da América) é aumentar pelo menos até 50% a proporção de cuidados de saúde primários que conduzam à avaliação apropriada e aconselhamento da população sobre actividade física (Pate et al., 1995; US Department of Health and Human Services, 1996).

Múltiplas interacções têm vindo a ser estudadas na tentativa de estabelecer uma relação entre a falta de actividade física e o aumento de peso corporal. Assim verifica-se que o contributo da actividade física, no tratamento da obesidade se relaciona com o seu efeito em termos de balanço energético, composição corporal, parâmetros psicológicos, qualidade de vida, risco de diversas patologias, gestão do peso corporal e distribuição da gordura nos indivíduos obesos ou não-obesos (Ross & Hayes, 1988; Hill et al., 1994; Rippe & Hess, 1998).

Heitmann et al. demonstraram que os estilos de vida sedentários podem acelerar o aumento do peso corporal em indivíduos geneticamente predispostos (Heitmann et al., 1997).

¹ Directorate-General V - Public Health Unit - Commission of the European Union - Luxemburg

Uma vez que o aumento de peso resulta de um desequilíbrio entre a ingestão energética e os gastos, estes podem ser aumentados pela actividade física. Pensa-se que este aumento tenha efeito sobre o metabolismo basal¹ e termogénese dos alimentos² (Rippe & Hess, 1998).

A título de exemplo podemos referir que uma actividade de intensidade moderada³ praticada durante 30 a 45 minutos, feita 5 a 7 dias por semana, pode resultar num gasto adicional de 300 kcal / dia, ou seja 1500 - 2100 Kcal / semana. Mesmo um pequeno défice energético pode afectar a perda de peso, por exemplo, se um indivíduo com uma actividade moderada, caminhar durante 45 minutos, 4 vezes por semana, sem qualquer tipo de restrição calórica, o gasto energético resultante da perda de peso é cerca de 8,16 kg (Rippe & Hess, 1998).

A relação entre actividade física e metabolismo basal tem sido largamente estudada, mas a investigação não é conclusiva sendo necessário a execução de mais estudos longitudinais (Rippe & Hess, 1998).

Da mesma forma tem vindo a ser estudada a relação entre actividade física e termogénese dos alimentos. A digestão dos alimentos requer gasto energético com consequente aumento da temperatura corporal. A maioria dos estudos mostra que a actividade física não tem qualquer efeito sobre a termogénese dos alimentos. No entanto nos obesos a termogénese é baixa quando comparados com os não obesos, e a actividade física parece não corrigir este problema (Rippe & Hess, 1998).

¹ O **metabolismo basal** representa cerca de 60% do consumo energético total e é a energia dispendida na manutenção dos sistemas integrados do organismo (Jéquier, 1992).

² Considera-se **termogénese** a energia dispendida além do metabolismo basal devido à ingestão de alimentos, exposição ao frio, a agentes termogénicos (cafeína, nicotina) e a factores psicológicos geradores de ansiedade/medo num indivíduo em repouso (Garrow, 1988)

³ Segundo Sallis et al., 1985, são consideradas **actividades de intensidade moderada**, aquelas que ocasionam um dispêndio energético compreendido entre os 3 - 5 equivalentes metabólicos (METs). 1 MET é a energia dispendida por uma pessoa quando está sentada a descansar (= a 1 Kcal/Kg de peso/hora), o que equivale por exemplo, num adulto saudável andar continuamente durante 4,8 a 6,4 km por hora (Sallis et al., 1985).

Resultados da investigação concluída no Center for Clinical and Lifestyle Research (EUA), mostraram que durante um programa de perda de peso, a actividade física afecta substancialmente a composição corporal. Quando só existe restrição energética, há uma perda de massa gorda e magra, sendo as perdas desta última cerca de 10 a 30%. Como consequência desta perda, há uma redução do metabolismo basal, aumentando a propensão para o aumento de peso, que reverterá principalmente à custa de massa gorda. Para além deste facto, a perda de massa magra, pode acarretar em diminuição da força física (Dwyer, 1992; Rippe & Hess, 1998).

A actividade física ajuda à preservação da massa muscular favorecendo a perda de peso. Em indivíduos que perderam peso através de restrição energética, aliada a uma actividade moderada, a perda de massa magra foi inferior a 10%. Porcari et al., 1986, mostraram que em indivíduos cuja perda de peso se deveu simplesmente a uma restrição energética, a perda de massa magra rondou os 22% (Zelasko, 1995; Rippe & Hess, 1998).

Esta conjugação de métodos para a perda de peso é também importante não só para a população obesa em geral mas também para as crianças e adolescentes que necessitam de perder peso ocasionando melhores resultados a longo prazo (Bar-Or O, 1993).

A elevada percentagem de gordura visceral ou abdominal tem sido identificada como um factor de risco para a patologia cardiovascular, diabetes tipo II e dislipidemias. As propriedades metabólicas do tecido adiposo visceral resultam numa cascata de alterações metabólicas com um aumento da glicose e lípidos sanguíneos, e também de um aumento da tensão arterial. Acrescido a estes efeitos, os indivíduos com grande quantidade de gordura visceral têm uma resposta diminuída às catecolaminas estimuladoras da lipólise. A actividade física pode corrigir todos estes desajustes. O aumento dos riscos associados à acumulação de gordura abdominal surgem tanto nos obesos como nos não obesos (Després, 1994; Rippe & Hess, 1998).

Face ao exposto, torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos por um lado ao problema da obesidade mas também à promoção da actividade física, tornando-se imperioso a promoção desta, independentemente da sua contribuição para a diminuição ou não do peso corporal (Sardinha L & Teixeira P, 1995, Rippe JM, 1996).

Um estilo de vida activo não requer um regime vigoroso de programas de exercício, uma vez que pequenas mudanças nas actividades diárias podem melhorar significativamente o padrão de morbidade e mortalidade contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida (Després, 1994; Pate et al., 1995; Pratt, 1999).

O conhecimento dos benefícios da actividade física sobre a função cardiorespiratória, os factores fisiológicos associados ao risco de doença cardiovascular, morbidade por doenças crónicas e todas as causas de mortalidade, permitirá estabelecer a relação "dose - resposta" para a indicação do tipo e frequência de actividade (Pate, 1995).

Recomendações do Center for Disease Control and Prevention e o American College of Sports Medicine e da American Dietetic Association em 1999, mencionam para a promoção da actividade/exercício físico, uma prática diária de pelo menos 30 minutos (1,5 hora/semana) de uma actividade moderada que pode ser distribuída ao longo do dia. Haskell em 1994, recomenda para uma melhoria da saúde e condição física, um esforço continuado de uma actividade com intensidade também moderada durante o mesmo tempo. No entanto este investigador refere que esta prescrição pode ser adequada, mas não óptima nem mínima (Haskell, 1994; Pate et al., 1995; American Dietetic Association, 1999).

Posteriormente o American College of Sports Medicine, assinala que quantidade de actividade/exercício físico deve ser prescrito em função das necessidades específicas de cada um, dos objectivos da intervenção tendo sempre em consideração as capacidades iniciais do indivíduo. Esta entidade refere que períodos de 10 minutos, 2

dias da semana não se mostraram suficientes para obter melhorias na condição física, mas salientando que períodos de 10 minutos repartidos ao longo de um dia podem ser benéficos para a função cardiorespiratória, muscular e para a flexibilidade (American College of Sports Medicine, 1998^a).

O American Institute of Cancer Research recomenda, para a prevenção do cancro, 1 hora ou mais por dia de uma actividade moderada, ou 1 hora por semana de uma actividade intensa. No entanto todas as instituições são unânimes em considerar que mesmo baixos níveis de actividade física trazem benefícios para a saúde (World Cancer Research Fund & American Institute for Cancer Research, 1997).

Um factor limitante da promoção da actividade física em Portugal e também noutros países, é o desconhecimento dos comportamentos e práticas por parte das populações. É fundamental fazer o diagnóstico da situação, conhecer os motivos e razões pelas quais adoptamos determinados estilos de vida para poder orientar de forma eficaz as estratégias de intervenção.

Assim, este projecto foi desenvolvido no âmbito do projecto multicêntrico **Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body Weight and Health**, liderado pelo **Institute of European Food Studies (IEFS)** - Dublin e financiado pela DG V, e com a presença de membros de todos os países da União Europeia, em que a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto foi o representante Português.

2. Objetivos

É **objectivo geral** deste trabalho analisar, na população portuguesa, os determinantes e níveis da prática da actividade/exercício físico, e a sua relação com o peso corporal, na tentativa de definir estratégias de promoção adequadas à população Portuguesa.

São **objectivos específicos** desta investigação tendo em conta dados socio-demográficos, analisar:

- as atitudes e comportamentos dos Portugueses face à actividade/exercício físico, peso corporal e saúde e sua relação com a prática de actividade física;
- conhecer os níveis da prática de actividade/exercício físico;
- a distribuição da actividade física no trabalho e nos tempos livres;
- os factores motivadores da prática de actividade/exercício físico;
- as barreiras à prática da actividade/exercício físico;
- a prevalência da obesidade;
- o papel da satisfação corporal na prática de actividade/exercício físico e peso corporal;
- a importância da actividade/exercício físico no controlo do peso corporal;

3. População e Métodos

3.1. População

Portugueses, residentes em Portugal Continental com idade igual ou superior a 15 anos.

3.2. Amostra

Foram inquiridos 1007 indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos.

De acordo com a metodologia utilizada pelos estudos Pan-European, (Kearney et al., 1997; Kearney et al., 1999) a amostra foi seleccionada por quotas definidas em Portugal a partir de dados do CENSUS, recenseamento demográfico realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 1991). Os factores utilizados para definir as quotas de forma a tornar a amostra representativa foram: idade, sexo, classe social, ocupação, região de residência, e a dimensão de habitantes da localidade posteriormente ponderadas de forma a representar a realidade demográfica, social e económica de cada país.

3.3. Metodologia

Como acima se referiu, a metodologia utilizada foi a dos estudos Pan-European, pois, só assim estes resultados podem ser comparados com os dos outros países intervenientes no estudo.

Mediante os objectivos propostos pelo "Project Management Group"¹ procedeu à elaboração de um questionário estruturado de administração indirecta, com perguntas de resposta simples ou múltipla, em língua Inglesa. Posteriormente, uma comissão de

¹ Conjunto de investigadores de todos os países da Comunidade Europeia, nas áreas da actividade/exercício físico e obesidade, bem como profissionais de marketing e da indústria. A formação deste grupo teve em vista a uniformização de terminologia, conceitos e metodologias, para possibilitar o intercâmbio e comparação dos resultados entre os diversos países (European Commission, 1999).

cada país, em que a mestranda estava integrada, adaptou-o à sua língua de origem (Anexo 1).

De seguida procedeu-se à realização do estudo piloto em 20 indivíduos de cada país, com o intuito de testar as perguntas, o seu fraseamento e compreensão.

No questionário final incluíram-se para além de questões relativas às atitudes, conhecimentos e comportamentos dos inquiridos face à saúde, actividade física e peso corporal, informações sobre as suas características sócio-demográficas (Quadros 1 e 2).

Quadro 1
Parâmetros sócio-demográficos avaliados

Regiões (Anexo 2)	Grande Lisboa, Grande Porto, Litoral Norte e Centro, Interior Norte e Centro, Setúbal + Alentejo e Algarve. Esta distribuição tem em linha de conta a distribuição real da população no país.
Grupos etários (anos)	15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65+.
Sexo	Feminino, Masculino.
Nível Educacional a)	Primário, secundário e terciário.
Ocupação (CITP/88) b)	Activos: Grupos 1,2 - Directores, Quadros, Profissões Intelectuais e Científicas / Grupo 3 - Profissões técnicas intermédias / Grupo 4 - Empregados, administrativos / Grupo 5 - Pessoal dos serviços, segurança, pessoal e doméstico / Grupo 6 - Trabalhadores agrícolas e das pescas / Grupo 7,8 - Operários especializados, artesãos, condutores e montadores / Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados. Não activos: Reformados / Domésticas / Desempregados / Estudantes.
Estado Civil	Solteiro, casado/união de facto, viúvo/divorciado.
Classe Social c)	AB (alta), C1 (média alta), C2 (média baixa), DE (baixa).
Nº de pessoas do agregado familiar	1, 2, 3, 4, 5 +
Nº de crianças do agregado familiar	1, 2, 3, 4, 5 +

a) No nível de educação **primário** estão incluídos os entrevistados que tenham ou não completado o 6º ano de escolaridade, no **secundário**, os inquiridos que tenham frequentado ou completado do 9º ao 12º ano, e o nível **terciário** os Portugueses que tenham frequentado ou concluído o ensino superior.

b) Classificação Internacional Tipo de Profissão 1988 - Instituto Nacional de Estatística.

c) Esta informação é calculada a partir dos dados do representante do agregado familiar atendendo ao seu nível de escolaridade, profissão, rendimento, formas de pagamento do salário, zona de residência e tipo de habitação (Metodologia da Euroteste- Marketing & Opinião, S.A.).

Quadro 2
Outros parâmetros avaliados e / ou derivados

Índice de massa corporal (IMC) a)	IMC \leq 19,99 - magreza / IMC 20 - 24,99 - normal / IMC 25 - 29,99 - sobrecarga ponderal / IMC \geq 30 - obesidade
Comportamento face à actividade física b)	<ol style="list-style-type: none"> 1. pré-contemplação: não é fisicamente activo, nem o tenciona ser nos próximos 6 meses 2. contemplação: não é fisicamente activo mas pensa vir a ser no próximo mês 3. decisão: não é fisicamente activo mas está determinado a ser no próximo mês 4. acção: é fisicamente activo, mas só nos últimos 6 meses 5. manutenção: fisicamente activo há mais de 6 meses 6. desistência: foi fisicamente activo durante mais de 6 meses
Imagem Corporal	Auto-avaliada, através de 9 ilustrações (Ernahrungberich, 1992), cada uma delas correspondendo a um determinado IMC (Anexo 1). Assim: 1-3 - magreza / 4,5 - normal / 6,7 - sobrecarga ponderal / 8,9 - obesidade
Satisfação com a imagem corporal	Determinou-se a partir da diferença entre a imagem actual e a imagem corporal idealizada, três categorias: se a diferença = 0 - sente-se bem / < 0 - sente-se magro / > 0 - sente-se gordo
Tempo dedicado à actividade física por semana c)	0 - sedentários / \leq 1,5h - abaixo das recomendações / 1,5 - 3,5 - recomendações - 1 / \geq 3,5 - recomendações - 2

a) Calculado conforme foi referido na introdução, sendo o peso e a altura, auto-avaliados. Este índice permite construir as categorias apresentadas (página 22 da Introdução, Garrow, 1988)

b) Estados de alteração de comportamento face à actividade/exercício físico (Godin & Shepherd, 1985)

c) Esta variável foi dividida em 4 categorias com base nas recomendações de Haskell, 1994; Center for Disease Control and Prevention e o American College of Sports Medicine, 1995, da American Dietetic Association em 1999.

Optou-se por utilizar a designação de actividade física definida por Caspersen, et al, 1985 e Pate et al, 1995, descrita na página 19 da Introdução.

Para tentar quantificar os níveis de actividade/exercício físico praticado, os inquiridos seleccionaram, a partir de uma tabela com 17 actividades, as que tinham praticado assim como o tempo despendido nas mesmas, durante a semana anterior à recolha das informações. A prática semanal de actividade/exercício físico, foi dividida em quatro classes, indicadas no Quadro 2.

O perfil da actividade diária e que exclui a prática de actividade/exercício foi calculado a partir de três variáveis (de Almeida et al., 1999):

-
- no tempo de trabalho, número de horas sentado;
 - no tempo de trabalho, número de horas de pé;
 - número de horas a fazer um trabalho físico mais exigente que estar de pé ou sentado.

O perfil da inactividade nos tempos livres foi calculado a partir das variáveis {de Almeida, 1999):

- número de horas sentado no tempo livre nos dias de trabalho;
- número de horas sentado no tempo livre nos dias de descanso.

As entrevistas bem como a digitação dos dados no programa informático foram feitos em conjunto com a Euroteste - Marketing & Opinião, S.A. (empresa de estudos de mercado), num estudo tipo "Omnibus"¹ com a coordenação europeia da Taylor Nelson AGB, segundo as normas da ICC/Esomar (ICC/ESOMAR, 1995). A recolha desta informação decorreu entre Fevereiro e Abril de 1997.

¹ Chama-se a este tipo de pesquisa "Omnibus", devido ao facto de que os entrevistados respondem a várias questões de ordens muito diversas de outros clientes da empresa, numa entrevista curta. Este tipo de pesquisa tem vantagens não só em termos de custos (que serão repartidos por todos os clientes) como também na fiabilidade da informação recolhida, evitando a selecção de indivíduos apenas interessados no tema. Para além disto, neste tipo de pesquisa os entrevistadores são treinados utilizando os parâmetros Europeus, o que origina a que estes dados possam ser comparados com outros recolhidos noutros países da Europa.

3.4. Análise de Dados

Procedeu-se à análise descritiva, uni e multivariável de informação para a caracterização da amostra do estudo de acordo com os objectivos.

Para tal recorreremos a meios informáticos como o programa estatístico SPSSWIN® (Statistical Package for Social Sciences, versão 9.0 para Windows).

Na análise descritiva apresentam-se frequências simples para todas as variáveis.

Numa análise preliminar para estudar a relação entre a probabilidade de ocorrência de determinadas situações e os potenciais factores de exposição de interesse para essa ocorrência, procedeu-se ao cálculo dos *odds ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC) em análise univariada.

Para explorar de um modo sistemático a possível associação entre os factores determinantes, aplicou-se o modelo de regressão logística analisando-se a associação entre a variável resposta - proporção de ocorrência de determinadas situações (por exemplo, a proporção de indivíduos envolvidos na prática de actividade/exercício físico) e os factores preditores associados (por exemplo, grupo etário, classe social e índice de massa corporal). A variável dependente em cada modelo foi o *logit* da proporção, e os efeitos principais obtidos para cada factor foram ajustados para os restantes incluídos no modelo, tendo a sua importância sido testada pelo teste de *likelihood ratio*.

A construção dos modelos desta análise foi realizada pelo método *Stepwise*.

Atendendo às limitações impostas pela dimensão da amostra e à dificuldade de interpretação dos modelos onde estão englobadas muitas variáveis, na análise multivariável foram seleccionados factores mais relevantes com base na análise

univariada em que se considerou cada factor individualmente. Em alguns factores foi necessário fazer uma reorganização dos dados não se considerando algumas categorias das variáveis (por exemplo, no método para a perda de peso exercício físico, a sua relação com a variável satisfação com a imagem corporal, não foi considerado a classe sente-se magro ou por exemplo na variável hábitos tabágicos, as classes ex-fumador há mais de 1 ano e ex-fumador há menos de 1 ano, foram agrupadas numa só classe denominada ex-fumadores).

O nível de significância considerada foi $\alpha = 0,05$.

Quer para a análise univariada quer para a multivariável as classes de referência encontram-se assinaladas em *itálico*.

4. Resultados

4.1. Características pessoais e sócio-demográficas

4.1.1. Idade

A distribuição das idades dos participantes é a apresentada no Quadro 3, demonstrando uma quase homogeneidade na sua distribuição, sendo o grupo etário de maior representação aquele que varia entre 15 e 24 anos e o de menor representação o dos 55 aos 64 anos.

Quadro 3
Grupos etários

GRUPOS ETÁRIOS (ANOS)	n = 1007 %
15 - 24	20
25 - 34	19,6
35 - 44	15,6
45 - 54	16,4
55 - 64	13
>= 65	15,5

4.1.2. Sexo, escolaridade, estado civil e classe social

Cerca de 54% da amostra pertencia ao sexo feminino e os restantes 46% ao masculino. Quanto à escolaridade, a grande maioria dos participantes tinha estudado a nível primário, seguido do secundário e só 11% tinha prosseguido estudos superiores.

A maioria dos participantes era casado ou vivia em união de facto (62%). Quanto à classe social 76% encontra-se na classe social média (C1C2), 13% pertencia à classe baixa (DE) e 11% à alta (Quadro 4).

Quadro 4

Caracterização da amostra por sexo, escolaridade, estado civil e classe social

Sexo	n = 1007 %	Educação Nível	n = 1007 %	Estado Civil	n = 1007 %	Classe Social	n = 1007 %
Homens	46,4	Primário	60,1	Solteiro	28,3	AB	10,7
		Secundário	29,1	Casado / União de facto	61,7	C1	34,6
Mulheres	53,6			Superior	10,8	Viúvo / divorciado	10
		DE	13,3				

4.1.3. Ocupação

A maioria dos participantes encontrava-se no activo (54%). Destes, 14,1% eram operários e 13,8% administrativos. Dos não activos (46%) a maioria eram reformados (17%) e 13% eram domésticas. 11% eram estudantes (Quadro 5).

Quadro 5

Ocupação (CITP / 88)

Activos	n = 1007 %
	54
(1, 2) Directores, quadros, profissões intelectuais e científicas	3,9
(3) Profissões técnicas intermédias	7,1
(4) Empregados administrativos	13,8
(5) Pessoal dos serviços, segurança pessoal e doméstico	2,9
(6) Trabalhadores agrícolas e das pescas	3,8
(7, 8) Operários especializados, artesãos, condutores e montadores	14,1
(9) Trabalhadores não qualificados	8,6
Não activos	46
Reformados	17
Domésticas	12,8
Desempregados	5,3
Estudantes	10,8

4.1.4. Agregado familiar

O número de componentes do agregado familiar incluindo o inquirido, descrito com mais frequência foi de 3 a 4 pessoas (Quadro 6). Verificamos ainda que em 66% dos lares não viviam crianças.

Quadro 6

N.º de pessoas do agregado familiar

N.º DE PESSOAS	n = 1007
	%
1 - 2 pessoas	30,8
3 - 4 pessoas	53
5 ou + pessoas	16,2

4.1.5. Distribuição por regiões

A distribuição da amostra pelas diferentes regiões do país é a descrita no Quadro 7.

Quadro 7

Amostra repartida pelas diferentes regiões do país

Regiões	n = 1007
	%
Grande Lisboa	24
Grande Porto	15,7
Litoral Norte e Centro	22,7
Interior Norte e Centro	22,9
Setúbal e Alentejo	9,6
Algarve	5

4.1.6. Hábitos tabágicos

A maioria dos inquiridos pertencia ao grupo dos não fumadores (68%) (Quadro 8).

Quadro 8
Hábitos tabágicos

	n = 1007
	%
Fumador	24,2
Ex-fumador há menos de 1 ano	0,8
Ex-fumador há mais de um ano	6,8
Não-fumador	68,2

Tal como foi descrito na metodologia, a análise que se segue foi ponderada de forma a representar com maior exactidão a realidade demográfica, social e económica do nosso país .

4.2. Atitudes e comportamentos face à actividade física, peso corporal e saúde

4.2.1. Factores que influenciam a saúde

A alimentação foi o factor mais referido pelos participantes como tendo influência na saúde (60%), seguido dos hábitos tabágicos (26%) e do stress (21%). O peso corporal foi o 6º factor referido e a actividade física o 7º, escolhido por apenas 11% dos inquiridos (Quadro 9).

Quadro 9
Factores que influenciam a saúde

	n = 1007
	%
Alimentação	60,1
Fumar	25,8
Stress	21
O meio ambiente	20,7
Consumo de bebidas alcoólicas	17,3
Peso corporal	16,2
Praticar uma actividade física	11,1
Apoio da família e dos amigos	9,4
Não sabe	4,2
Factores genéticos	3,9
Nenhum destes	1,6

* a soma das % é superior a 100 pois os inquiridos podiam referir mais do que uma hipótese de escolha

Na tentativa de caracterizar os indivíduos que referem a **alimentação** como condicionante da saúde, pode dizer-se que apesar de não haver uma grande variação percentual com a idade, são os mais velhos (idade superior a 55 anos) aqueles que mais referem a sua importância na saúde (62,1%), não existindo também grandes diferenças quanto ao género, (nos homens a selecção da alimentação como determinante da saúde é de 62,1% e nas mulheres 59,8%). A instrução primária e as classes sociais mais baixas são aquelas em que maior número de inquiridos refere a importância da alimentação

(65,6% e 63,4% respectivamente), aumentando esta concordância com o aumento do IMC.

Os Portugueses que seleccionaram o **peso corporal** como tendo influência na saúde aumentam à medida que a idade também aumenta (20,3% os mais velhos contra 12,2% os mais novos, com $p < 0,05$) e comparativamente aos homens, as mulheres concordam duas vezes mais com esta afirmação (21,4% e $OR = 2,31$) (Quadro 10).

A distribuição desta variável com a escolaridade indica-nos que o aumento da escolaridade, leva à diminuição do número de indivíduos a escolherem o peso corporal como condicionador da saúde ($p < 0,01$) e é a classe social média quem mais aprova esta afirmação (34,9% e $OR = 1,97$ para a classe C1 e $OR = 2,28$ para a classe C2, relativamente à classe social mais elevada), tendência esta que se mantém após ajuste para as variáveis descritas no modelo final da regressão logística. São os inquiridos obesos (35,9% e $OR = 2,28$) e os magros (19,5%) quem mais selecciona este item. São os solteiros quem menos atribui ao peso importância para a saúde, bem como os indivíduos que consideram importante a influência da actividade física para a saúde (Quadro 10).

Tendo em consideração as variações interregionais podemos observar que é no Grande Porto onde se dá menos importância à relação peso corporal/saúde ($p < 0,05$).

Controlando para todas as variáveis presentes no modelo de regressão logística, verificamos que a idade, a educação, os hábitos tabágicos e o facto de considerarem a alimentação importante para a saúde, deixaram de ser significativas (Quadro 10).

A **actividade física** foi um factor escolhido como condicionante da saúde principalmente por parte dos inquiridos mais novos (16,1% com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos versus 7,4% de indivíduos com mais de 55 anos e $OR = 0,42$, quando comparados com os mais jovens). É maioritariamente uma escolha masculina ($p < 0,01$), que aumenta paralelamente à escolaridade e classe social (no nível de educação 3º, 26,7% e classe AB, 20,5%) e inversamente com o aumento do IMC ($OR = 0,29$ nos indivíduos obesos comparativamente com os magros) (Quadro 10).

São também os residentes da Grande Lisboa e do Algarve que comparativamente com os do Grande Porto mais concordam com o facto da actividade física ser uma condicionante da saúde ($OR = 2,15$ e $OR = 2,01$, respectivamente), tendência esta que se mantém após ajuste para as variáveis significativas incluídas no modelo final. Mantém-se também esta tendência para a variável educação, classe social, o facto de

não considerarem o peso corporal importante para a saúde bem de se encontrem envolvidos na prática de actividade/exercício físico (OR=1,86) (Quadro 10).

Quadro 10

Efeito de vários factores na selecção do peso corporal e actividade física como condicionantes da saúde

	Peso Corporal importante para a saúde			Actividade / Exerc. físico importante para a saúde		
	OR	OR ajustado	IC 95%	OR	OR ajustado	IC 95%
<i>Sexo (Masculino)</i>	***	**		**		
Feminino	2,31	1,78	1,21 - 2,64	0,59	<i>ns</i>	
<i>Idade (15-34)</i>	*			***		
35-54	1,5	<i>ns</i>		0,49**	<i>ns</i>	
+55	1,83**			0,42***		
<i>Educação (1º)</i>	**			***	***	
2º	0,71	<i>ns</i>		3,56***	2,95***	1,68 - 5,2
3º	0,36**			5,89***	4,68***	2,12 - 10,36
<i>Classe Social (AB)</i>		*		***	**	
C1	1,97*	1,69	0,85 - 3,36	0,48	0,91	0,47 - 1,74
C2	2,28**	2,28*	1,16 - 4,50	0,47**	1,88	0,92 - 3,84
DE	1,9	1,12	0,49 - 2,56	0,93***	0,50	0,14 - 1,79
<i>Estado Civil (Solteiro)</i>	***	*		***		
Casado / União de facto	2,32***	2,11*	1,21-3,65	0,48***	<i>ns</i>	
Viúvo / Divorciado	3,1***	2,31*	1,11-4,84	0,19**		
<i>Hábitos Tabágicos (Fumadores)</i>	**			**		
Ex-fumadores	0,50**	<i>ns</i>		1,87**	<i>ns</i>	
Não fumadores	0,55			2,05		
<i>IMC (< 20)</i>	***	**		*		
20 - 24,99	0,49**	0,39*	0,19 - 0,84	0,74	<i>ns</i>	
25 - 29,99	0,86	0,48	0,21 - 1,08	0,50		
≥ 30	2,28**	0,95	0,38 - 2,38	0,29*		
<i>Imagem corporal (Sente-se magro)</i>	***	**				
Sente-se normal	0,72	0,79	0,34 - 1,8	0,55	<i>ns</i>	
Sente-se gordo	1,8	1,62	0,69 - 3,82	0,68		
<i>Alimentação import. saúde (Não)</i>	**					
Sim	0,81	<i>ns</i>		0,99	<i>ns</i>	
<i>Peso corporal import. saúde (Não)</i>				***	***	
Sim	-	-	-	0,08	0,08	0,02 - 0,34
<i>Activ. física import. saúde (Não)</i>	**	***				
Sim	0,81	0,09	0,02 - 0,38	-	-	-
<i>Actividade / Exercício (Não)</i>		<i>ns</i>		***	**	
Sim	1,4			2,77	1,86	1,19 - 2,91
<i>Portugal (Porto)</i>	*	*		**	*	
Lisboa	2,81**	3,09**	1,42-6,73	2,15	2,06	0,96-4,40
Setúbal + Alentejo	2,39	2,40	0,94-6,12	0,99*	1,49	0,52-4,33
Algarve	2,14	2,35	0,76-7,26	2,01	3,50*	1,14-10,70
Litoral Norte e Centro	1,54	1,55	0,71-3,39	0,78	1,03	0,46-2,27
Interior Norte e Centro	2,35**	2,45*	1,11-5,38	0,87	1,18	0,52-2,67

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

ns: variável não significativa para o modelo final de regressão logística apresentado

4.2.2. Factores que influenciam o ganho de peso

Verificamos que os principais factores identificados como influenciadores do aumento do peso corporal se relacionavam com a alimentação, em geral (34%) ou seus aspectos específicos (ingestão de gorduras, 43,8%, açúcar, 22,9%, bebidas alcoólicas, 12,1%). De realçar que a actividade física é identificada por apenas 10,8% da amostra como tendo influência no aumento do peso e que 21,6% dos inquiridos refere não ter tendência para engordar (Quadro 11).

Quadro 11
Factores que influenciam o aumento de peso corporal

CONDICIONANTES	n = 1007 %
Consumo de gorduras	43,8
Alimentação em geral	34,1
Consumo de açúcar	22,9
Não ter tendência para engordar	21,6
Consumo de bebidas alcoólicas	12,1
Praticar uma actividade física	10,8
Factores genéticos e metabólicos	10,2
Fumar	5,7
Não sabe	5,3
Nenhum destes	2,2
Outra	1,6

* a soma das % é superior a 100 pois os inquiridos podiam referir mais do que uma hipótese de escolha

Os indivíduos que seleccionam a **actividade física** como condicionante do aumento do peso corporal diminuem à medida que a idade aumenta (mais jovens 13% e mais velhos 8,4%) e são em maior percentagem, homens (13% com $p < 0,05$). São indivíduos com maior instrução (17,8% e $OR = 2,01$, comparativamente aos de menor instrução) e pertencentes à classe social média baixa. Esta afirmação foi encontrada em maior percentagem nos Portugueses com sobrecarga ponderal (16,3% e $OR = 2,38$, quando comparados com os indivíduos de menor IMC) e que se sentiam normais e gordos ($OR = 4,90$ e $OR = 4,22$, respectivamente, tendo como comparação as pessoas que se sentiam magras) (Quadro 12).

Na análise multivariável excluiu-se da variável regiões de Portugal, a classe Algarve, pois ao reduzido número de indivíduos desta região, verificou-se que nenhum

elemento respondeu afirmativamente a esta questão, o que nesta análise conduz a um estimador do erro padrão do quociente de regressão e conseqüentemente os intervalos de confiança para este estimador sejam pouco credíveis (Hosmer & Lemeshow, 1999) .

São os habitantes do Interior Norte e Centro de Portugal que concordam mais com esta afirmação (OR=5,42, comparativamente com os residentes do Porto). De referir que também aqui esta tendência se mantém após ajuste para as variáveis significativas incluídas no modelo final de regressão logística (OR=5,42).

Deixaram de ser significativas após ajuste para o modelo as variáveis, sexo e imagem corporal, tornando-se significativa a educação, sendo o maior nível de escolaridade o que está mais de acordo com esta afirmação (Quadro 12).

Quadro 12

Odds Ratio e respectivos intervalos de confiança na escolha da actividade física como condicionante do peso corporal

	Actividade /Exerc. físico importante para o ganho de peso		
	OR	OR ajustado	IC 95%
<i>Sexo (Masculino)</i>	*		
Feminino	0,63	<i>ns</i>	
<i>Idade (15-34)</i>			
35-54	0,75	<i>ns</i>	
+55	0,61		
<i>Educação (1^o)</i>		**	
2 ^o	1,06	0,78	0,41 - 1,51
3 ^o	2,01*	3,07*	1,23 - 7,66
<i>Classe Social (AB)</i>	***	**	
C1	0,99	1,43	0,63 - 3,22
C2	1,40	2,19	0,92 - 5,19
DE	0,26**	0,52	0,14 - 1,91
<i>Estado Civil (Solteiro)</i>	***	***	
Casado / União de facto	0,44***	0,34***	0,20 - 0,60
Viúvo / divorciado	0,35**	0,36*	0,13 - 0,92
<i>Hábitos Tabágicos (Fumadores)</i>		**	
Ex-fumadores	0,66	3,74**	1,48 - 9,50
Não fumadores	1,22	2,10*	1,17-3,78
<i>IMC (< 20)</i>	***	***	
20 - 24,99	1,16	1,75	0,70 - 4,45
25 - 29,99	2,38	4,19**	1,59-11,08
≥ 30	0,65	1,60	0,40 - 6,30
<i>Imagem corporal (Sente-se magro)</i>	*		
Sente-se normal	4,90*	<i>ns</i>	
Sente-se gordo	4,22*		
<i>Alimentação import. saúde (Não)</i>		<i>ns</i>	
Sim	1,48		
<i>Peso corporal import. saúde (Não)</i>		<i>ns</i>	
Sim	0,98		
<i>Activ. física import. saúde (Não)</i>			
Sim	1,75	1,85	0,99-3,43
<i>Actividade / Exercício (Não)</i>	***	*	
Sim	2,75	1,82	1,12 - 2,95
<i>Está a perder peso (Não)</i>	***	**	
Sim	2,31	1,94	1,18 - 3,22
<i>Portugal (Porto)</i>	***	***	
Lisboa	2,43	1,87	0,68 - 5,15
Setúbal + Alentejo	0,83	1,11	0,25 - 4,89
Algarve a)	-	-	-
Litoral Norte e Centro	1,83	2,27	0,84 - 6,14
Interior Norte e Centro	4,80***	5,42***	2,05 - 14,29

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

ns: variável não significativa para o modelo final de regressão logística apresentado

a) não se considerou nesta análise esta região do país.

4.2.3. Benefícios da actividade física para a saúde e controlo de peso corporal

A quase totalidade dos elementos da amostra (96,3%) concorda com o facto de que a prática de actividade física traz benefícios para a saúde. 83,6% dos Portugueses tem a noção de que se tivesse peso excessivo seria um risco para a saúde. 44% refere que o exercício físico só trará benefícios quando se reverter em diminuição do peso.

55,2% da amostra não vê a necessidade de praticar actividade/exercício físico, contra 40,7% dos indivíduos que acham que necessitam de praticar em maior quantidade.

Para a grande maioria da amostra (87,5%), a mensagem da importância da actividade/exercício físico para a saúde, poderá ser veiculada através dos profissionais de saúde.

4.2.4. Promoção da actividade física através de uma campanha local

A maioria dos Portugueses (62,7%), mostraram-se sensíveis ao desenvolvimento de uma campanha local para a implementação de actividade/exercício físico.

Atendendo à distribuição geográfica são os habitantes do Interior Norte e Centro (OR=1,80) e da Grande Lisboa que concordam em maior percentagem com esta afirmação (OR=1,64) quando comparados com os do Grande Porto. O Quadro 13 demonstra ainda que são os mais jovens ($p<0,001$) e com instrução ao nível secundário (OR=2,42, quando comparados com os de menor escolaridade) quem mais concorda com esta afirmação, enquanto que comparativamente aos sedentários, são os praticantes de actividade/exercício físico quem mais apoia esta afirmação ($p<0,001$) (Quadro 13).

Após ajuste para as variáveis significativas presentes no modelo de regressão logística, o género e o facto de considerarem a actividade física determinante do peso corporal, deixaram de ser significativas (Quadro 13).

Quadro 13

Efeito de vários factores na concordância de que uma campanha local promoveria a actividade física

	Campanha local importante para promover a actividade /exerc. físico		
	OR	OR ajustado	IC 95%
Sexo (<i>Masculino</i>)	*	<i>ns</i>	
Feminino	0,77		
Idade (<i>15-34</i>)	***	*	
35-54	0,57***	0,86	0,57 - 1,28
+55	0,35***	0,58*	0,37 - 0,90
Educação (<i>1º</i>)	***	**	
2º	2,42***	2,26***	1,41 - 3,61
3º	1,27	1,95	0,97 - 3,90
Classe Social (<i>AB</i>)	***	***	
C1	1,82**	2,36**	1,37 - 4,05
C2	1,97***	4,26***	2,34 - 7,75
DE	0,55*	1,96	0,97 - 3,93
Estado Civil (<i>Solteiro</i>)	***		
Casado / União de facto	0,40***	0,60*	0,39-0,93
Viúvo / divorciado	0,25***	0,52*	0,28-0,97
Hábitos Tabágicos (<i>Fumadores</i>)		<i>ns</i>	
Ex-fumadores	0,99		
Não fumadores	0,63		
IMC (<i>< 20</i>)	***	**	
20 - 24,99	0,31***	0,50*	0,26 - 0,94
25 - 29,99	0,46**	0,82	0,41 - 1,60
≥ 30	0,33**	0,75	0,34 - 1,65
Imagem corporal (<i>Sente-se magro</i>)		<i>ns</i>	
Sente-se normal	0,93		
Sente-se gordo	0,78		
Alimentação import. saúde (<i>Não</i>)		<i>ns</i>	
Sim	0,84		
Peso corporal import. saúde (<i>Não</i>)	**	***	
Sim	1,71	2,22	1,43 - 3,44
Activ. física import. saúde (<i>Não</i>)		<i>ns</i>	
Sim	1,48		
Activ. física import. ganho de peso (<i>Não</i>)	***	<i>ns</i>	
Sim	2,59		
Actividade / Exercício (<i>Não</i>)	***	***	
Sim	2,74	2,10	1,52 - 2,90
Está a perder peso (<i>Não</i>)		<i>ns</i>	
Sim	1,39		
Portugal (<i>Porto</i>)	***	***	
Lisboa	1,64*	1,58	0,92 - 2,71
Setúbal + Alentejo	0,53*	0,5*	0,26 - 0,99
Algarve	1,17	1,3	0,57 - 2,95
Litoral Norte e Centro	0,87*	0,85	0,52 - 1,39
Interior Norte e Centro	1,80	1,87*	1,09 - 3,16

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

ns: variável não significativa para o modelo final de regressão logística apresentado

4.2.5. Atitude/comportamento face à actividade física

No que se refere à atitude dos inquiridos face à actividade física observamos que a grande maioria tem consciência de que não é fisicamente activo, nem tencionava ser (46%). 6% dos Portugueses encontravam-se nas fases de decisão/acção, mantendo-se activos há mais de 6 meses, 21% da amostra (Quadro 14).

Quadro 14

Atitude/Comportamento face à actividade física

ACTUALMENTE...	n = 1007 %
Não sou fisicamente muito activo e não pretendo tornar-me mais activo nos próximos 6 meses (Pré-contemplação)	45,7
Não sou fisicamente muito activo, mas estou a pensar em aumentar a minha actividade no próximo mês (Contemplação)	11,5
Não sou fisicamente muito activo, mas estou determinado a aumentar a minha actividade no próximo mês (Decisão)	4
Sou fisicamente activo, mas só nos últimos 6 meses (Acção)	1,8
Sou fisicamente activo há mais de seis meses (Manutenção)	20,9
Costumava ser fisicamente activo há cerca de um ano, mas nos últimos meses tenho estado menos activo (Desistência)	10,4
Não sabe	5,8

No Quadro 15, podemos observar que são os mais velhos comparativamente aos mais novos aqueles que se encontram no estadio de pré-contemplação ($p < 0,001$), tendo como classe de referência os indivíduos mais novos. São os indivíduos pertencentes à classe social mais baixa, quando comparados aos de classe mais elevada ($OR = 2,67$) quem não tenciona envolver-se em qualquer tipo de actividade nos próximos 6 meses. Estas tendências mantêm-se após ajuste pela análise de regressão.

Quando comparados com os magros, são os indivíduos com sobrecarga e os obesos que não são fisicamente activos e não tencionam ser (OR=2,05 e OR=3,25 respectivamente). No entanto esta variável deixa de ser significativa após controlo para todas as variáveis do modelo, bem como a educação, os hábitos tabágicos e o facto de considerarem a alimentação e a actividade física importante para a saúde.

Quadro 15

Odds Ratio e respectivos intervalos de confiança no estadió pré-contemplanção

	Precontemplanção		
	OR	OR ajustado	IC 95%
Sexo (<i>Masculino</i>)			
Feminino	1,3	<i>ns</i>	
Idade (<i>15-34</i>)	***	***	
35-54	3,15***	2,20***	1,49 - 3,23
+55	4,62***	3,34***	2,19 - 5,06
Educação (<i>1º</i>)	***		
2º	0,31***	<i>ns</i>	
3º	0,42***		
Classe Social (<i>AB</i>)	***	*	
C1	1	0,85	0,53 - 1,38
C2	2,1***	1,44	0,9 - 2,31
DE	2,67***	1,16	0,64 - 2,09
Estado Civil (<i>Solteiro</i>)	***	***	
Casado / União de facto	3,95***	1,9**	1,27 - 2,96
Viúvo / divorciado	3,61***	1,06	0,58 - 1,93
Hábitos Tabágicos (<i>Fumadores</i>)	**		
Ex-fumadores	0,62**	<i>ns</i>	
Não fumadores	1,03		
IMC (<i>< 20</i>)	***		
20 - 24,99	1,35	<i>ns</i>	
25 - 29,99	2,05**		
≥ 30	3,25***		
Imagem corporal (<i>Sente-se magro</i>)		*	
Sente-se normal	1,35	1,11	0,62 - 1,97
Sente-se gordo	1,25	0,72	0,40 - 1,29
Alimentação import. saúde (<i>Não</i>)	*		
Sim	1,36	<i>ns</i>	
Peso corporal import. saúde (<i>Não</i>)	***	**	
Sim	2,03	1,73	1,16 - 2,58
Activ. física import. saúde (<i>Não</i>)	***		
Sim	0,42	<i>ns</i>	
Activ. física import. ganho de peso (<i>Não</i>)			
Sim	0,83	<i>ns</i>	
Actividade / Exercício (<i>Não</i>)	***	***	
Sim	0,25	0,29	0,21 - 0,40
Está a perder peso (<i>Não</i>)			
Sim	1,23	<i>ns</i>	
Portugal (<i>Porto</i>)	*	***	
Lisboa	2,15*	3,62***	1,77 - 5,23
Setúbal + Alentejo	2,20**	1,72	0,87 - 3,42
Algarve	1,36*	1,09	0,47 - 2,54
Litoral Norte e Centro	1,99	1,64	0,98 - 2,74
Interior Norte e Centro	2,22**	2,06**	1,20 - 3,53

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

ns: variável não significativa para o modelo final de regressão logística apresentado

4.3. Níveis de actividade física

4.3.1. Frequência da prática de exercício físico

Pela análise do Quadro 12, podemos verificar que o padrão de distribuição dos Portugueses em termos de horas semanais de prática de actividade física se situa em dois extremos, os que não praticam (sendo estes a maior percentagem) e aqueles que praticam mais do que 3,5h (Quadro 16).

Quadro 16

Horas semanais de prática de actividade física

HORAS	n = 1007 %
0	60,2
≤ 1,5	2,7
1,5 - 3,5	7
≥ 3,5	30,2

São as mulheres e os mais velhos que são menos participantes, 70% e 70,7% respectivamente (Quadro 17).

Quando se relaciona o estado civil com a prática ou não de actividade/exercício físico, podemos dizer que são os solteiros quem pratica em maior número de horas (47,9%), seguidos dos casados (24,8%) e verifica-se uma participação inferior por parte dos divorciados/viúvos (7,2%).

A existência de crianças no agregado familiar parece não influenciar a prática de actividade/exercício físico, pois, 38,6% dos indivíduos sedentários referem a existência de crianças e 71,8% dos activos também.

Quadro 17

Horas semanais de prática de actividade física por sexo e idade

HORAS	Sexo		Idade		
	Masc.	Feminino	15 - 34	35 - 54	+ 55
0	49,5	70	47,8	65	70,7
≤ 1,5	2,7	2,7	1	5,1	2,3
1,5 - 3,5	7,5	6,5	8,8	6,8	4,8
≥ 3,5	40,4	20,8	42,3	23,2	22,2

A escolaridade e a classe social parecem ser factores determinantes da prática de actividade física. Assim sendo, observamos que são os indivíduos de nível educativo mais baixo, os que têm a mais elevada percentagem de não participação (72,2%), superior à média nacional de não participação. O inverso acontece na classe social mais elevada, pois são os que praticam em maior número de horas (42,4%) (Quadro 18).

Quadro 18

Horas semanais de prática de actividade física por escolaridade e classe social

HORAS	Educação			Classe Social			
	Nível 1º	2º	3º	AB	C1	C2	DE
0	72,2	41,6	34,7	42,4	52,6	63,3	83,7
≤ 1,5	2,2	3,7	3	4	3,1	1,9	2,6
1,5 - 3,5	4,6	9,7	14,9	11,3	8,2	6,8	1,3
≥ 3,5	21,1	45	47,5	42,4	36,2	28	12,4

A distribuição geográfica dos não participantes permitiu verificar que, num grande número de regiões, a percentagem de não participação era superior à média nacional (60%), destacando-se em primeiro lugar Setúbal e o Alentejo (78,7%), seguido do Algarve (69,2%). Uma participação superior a 3,5h foi encontrada em maior percentagem na zona da Grande Lisboa (40,5%) e também no Algarve (30,8%) (Quadro 19).

Quadro 19
Horas semanais de prática de actividade física por região do país

HORAS	Grande Lisboa	Grande Porto	Litoral Norte+Centro	Interior Norte+Centro	Setúbal+ Alentejo	Algarve
0	48,5	53,6	66,2	58,8	78,7	69,2
≤ 1,5	6,6	1,8	0,3	3,3	0	0
1,5 - 3,5	4,4	15,5	5,7	9,9	2,7	0
≥ 3,5	40,5	29,1	27,7	28	18,7	30,8

A actividade física como determinante da saúde e condicionante do peso corporal são as razões mais escolhidas por quem pratica maior número de horas, 53,2% e 50% respectivamente.

Os 598 indivíduos que não praticavam qualquer tipo de actividade física encontravam-se maioritariamente no estadio de pré-contemplação, ou seja, não só não praticavam actividade física, como também não tencionavam praticar nos tempos mais próximos (58,6%). Como seria de esperar dos indivíduos que praticavam actividade física em maior número de horas, 44,4% encontrava-se no estadio de acção e 4,6% no de manutenção (Quadro 20).

De realçar alguns dados contraditórios que se podem retirar da análise deste Quadro. Assim, verificamos que dos indivíduos sedentários, 10% indicavam que se encontravam no estadio de manutenção, ou seja consideravam-se activos há mais de 6 meses, o inverso a esta situação é-nos ilustrado pelos mais activos (número de horas superior a 3,5 h/semana), em que destes 25% referiam não ser fisicamente activos nem tinham intenção de o ser.

Quadro 20
Horas semanais de prática de actividade física por região do país

HORAS	0	≤ 1,5	1,5 - 3,5	≥ 3,5
Pré-contemplação	58,6	34,6	26,8	25,3
Contemplação	9,4	34,6	23,9	10,2
Decisão	3,3	7,7	11,3	3,6
Acção	0,2	3,8	2,8	4,6
Manutenção	10	11,5	16,9	44,4
Desistência	9,4	7,7	15,5	11,5

Podemos observar de forma sumária no Quadro 21 os factores que terão maior influência na prática de actividade/exercício físico. Através da análise multivariável verificamos que os indivíduos mais activos são fundamentalmente os inquiridos com maior nível de escolaridade, os solteiros; os entrevistados do sexo masculino, pertencentes às classes sociais mais altas AB e C1, que consideram a actividade física determinante da saúde e do peso corporal, que estão a tentar perder peso e que residem no Grande Porto. São principalmente indivíduos magros e com sobrecarga ponderal, e o que se sentem bem com a sua imagem corporal ($p < 0,01$).

Quadro 21
Efeito de vários factores na prática de actividade/exercício físico

	Prática de Actividade / Exercício Físico		
	OR	OR ajustado	IC 95%
Sexo (<i>Masculino</i>)	***	***	
Feminino	0,42	0,39	0,29 - 0,54
Idade (<i>15-34</i>)	***		
35-54	0,50***	<i>ns</i>	
+55	0,38***		
Educação (<i>1º</i>)	***	***	
2º	3,59***	2,35***	1,55 - 3,56
3º	4,81***	2,64**	1,37 - 5,09
Classe Social (<i>AB</i>)	***	*	
C1	0,66*	1,22	0,72 - 2,06
C2	0,43***	0,94	0,53 - 1,66
DE	0,15***	0,52	0,25 - 1,06
Estado Civil (<i>Solteiro</i>)	***	***	
Casado / União de facto	0,32***	0,41***	0,28 - 0,60
Viúvo / divorciado	0,20***	0,48*	0,26 - 0,89
Hábitos Tabágicos (<i>Fumadores</i>)			
Ex-fumadores	1,22	<i>ns</i>	
Não fumadores	1,21		
IMC (<i>< 20</i>)	***	***	
20 - 24,99	0,52**	0,50*	0,27 - 0,92
25 - 29,99	0,70	1,00	0,51 - 1,98
≥ 30	0,27***	0,52	0,22 - 1,23
Imagem corporal (<i>Sente-se magro</i>)		**	
Sente-se normal	1,01	2,33**	1,25 - 4,34
Sente-se gordo	0,78	1,54	0,80 - 2,98
Alimentação import. saúde (<i>Não</i>)		<i>ns</i>	
Sim	0,86		
Peso corporal import. saúde (<i>Não</i>)		<i>ns</i>	
Sim	0,71		
Activ. física import. saúde (<i>Não</i>)	***	*	
Sim	2,77	1,64	1,03 - 2,63
Activ. física import. ganho de peso (<i>Não</i>)	***	*	
Sim	2,75	1,81	1,11 - 2,93
Está a perder peso (<i>Não</i>)		*	
Sim	1,37	1,55	1,04 - 2,30
Portugal (<i>Porto</i>)	***	**	
Lisboa	1,21	0,75	0,44 - 1,28
Setúbal + Alentejo	0,30***	0,22***	0,10 - 0,49
Algarve	0,49	0,44	0,18 - 1,07
Litoral Norte e Centro	0,58*	0,51*	0,31 - 0,86
Interior Norte e Centro	0,80	0,56*	0,33 - 0,96

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

ns: variável não significativa para o modelo final de regressão logística apresentado

4.3.2. Distribuição da prática de exercício físico por modalidades

Apenas 40% dos Portugueses inquiridos refere ter participação em actividade/exercício físico. Destes, as actividades mais praticadas foram andar continuamente durante 30 minutos (48,9%) e futebol (25,5%), tendo as restantes actividades sido referidas por menores percentagens (Quadro 22).

Quadro 22
Actividades praticadas pelos Portugueses

ACTIVIDADES	n = 401
Andar continuamente durante 30 minutos	48,9
Futebol	25,5
Natação	10,5
Pesca	9,9
Ginástica aeróbica	8,9
Jardinagem	8,3
Ciclismo	8
Atletismo	7
Desportos de equipa excepto futebol	6,9
Outros	6,6
Dança	5,5
Artes marciais	4,9
Desportos com raquetes	3
Desportos aquáticos	2,9
Desportos de Inverno	2,6
Golfe	2,3
Desportos equestres	2,2
Montanhismo / escalada	2,2

* a soma das % é superior a 100 pois os inquiridos podiam referir mais do que uma actividade

O género influencia a práticas de diferentes modalidades, sendo que andar a pé, Ginástica aeróbica, dança e os desportos equestres, opções maioritariamente femininas; o futebol, a pesca, o ciclismo/cicloturismo, uma escolha feita principalmente pela população masculina. A natação tem percentagem semelhante de adesão entre homens e mulheres (10,7% e 10,2% respectivamente).

Com a idade também se observam diferenças na prática das diferentes actividades. Com o aumento desta, verifica-se uma diminuição na participação de todas as

actividades, com excepção feita para andar a pé, jardinagem e outros desportos, sendo a primeira, a mais praticada pelos mais velhos (Quadro 23).

As actividades preferidas dos mais novos são o futebol e também o andar a pé, com 43% e 30,5% respectivamente. A natação foi a modalidade referida por 17,5% dos inquiridos mais jovens (Quadro 23).

Quadro 23
Actividades praticadas pelos Portugueses por sexo e idade (n=401)

	Sexo		Idade		
	Masc	Fem	15 - 34	35 - 54	+ 55
Andar continuamente durante 30 minutos	38,9	64,3	30,5	54,5	81,5
Futebol	38,5	5,1	43	14,7	0
Natação	10,7	10,2	17,5	3,7	3,3
Pesca	13,2	4,5	11	12,8	3,3
Ginástica aeróbica	4,5	16	11	9,1	4,4
Jardinagem	6,6	10,8	8,5	5,5	12
Ciclismo/cicloturismo	10,2	4,5	12,5	5,5	1,1
Atletismo	8,2	5,1	10	5,5	2,2
Outros desportos de equipa excepto futebol	5,8	8,3	13	0,9	1,1
Outros	5,7	7,6	4	6,4	12,1
Dança	2	10,8	8,5	0,9	4,4
Artes marciais	6,1	3,2	8	3,6	0
Desportos com raquetes	3,3	2,5	4,5	2,7	1,1
Desportos aquáticos	3,3	2,5	5	1,8	0
Desportos de Inverno	2	3,8	4	2,7	0
Golfe	2,1	2,5	3,5	1,8	0
Desportos equestres	1,6	3,2	4	0,9	0
Montanhismo / escalada	2	2,5	4	0,9	0

* a soma das % é superior a 100 pois os inquiridos podiam referir mais do que uma actividade

Quanto ao nível educacional podemos verificar que não existe uma tendência semelhante entre a prática das diferentes actividades. Verificamos que, independentemente do nível educativo, andar continuamente a pé foi a actividade mais seleccionada. A 2ª opção mais escolhida, para os inquiridos de escolaridade primária e secundária foi o futebol (24,6% e 34% respectivamente), enquanto que para os de nível terciário, foi a natação (15,2%) (Quadro 24).

Atendendo à classe social, verificamos que o andar continuamente parece ser a actividade escolhida independentemente da classe social, e para a classe média (alta e baixa) também o futebol foi seleccionado em 2ª opção. Para a classe alta, a 2ª opção surge para a natação (22,1%), seguida do futebol (10,5%). De realçar que a classe mais baixa parece encontrar-se afastada da prática da maior parte das actividades estudadas, à excepção de andar a pé e da opção outros desportos (Quadro 24).

Quadro 24

Actividades praticadas pelos Portugueses por escolaridade e classe social

ACTIVIDADES	Educação			Classe Social			
	Nível			AB	C1	C2	DE
	1º	2º	3º				
Andar continuamente durante 30 minutos	52,2	39,1	63,6	58,1	43,5	44,4	72
Futebol	24,6	34	7,7	10,5	29,7	33,8	4
Natação	3,9	15,9	15,2	22,1	12,3	4	0
Pesca	12,4	7,7	7,6	8	9,4	11,9	8
Ginástica aeróbica	5,1	12,7	10,6	6,9	13,8	6,7	4
Jardinagem	7,3	12,7	1,5	8,1	11,6	5,3	8
Ciclismo	6,1	12,7	3	4,6	13,8	6	4
Atletismo	5,1	10,2	4,5	4,6	10,9	4,6	8
Desportos de equipa excepto futebol	2,8	14	1,5	3,4	6,5	9,9	4
Outros	6,7	5,7	9,1	9,2	2,9	7,9	12
Dança	4,5	5,1	9,1	8,1	7,2	3,3	0
Artes marciais	1,7	7,1	7,6	4,6	5,1	6	0
Desportos com raquetes	2,2	4,5	1,5	1,2	3,6	3,3	0
Desportos aquáticos	2,2	3,8	3	2,3	2,9	4	0
Desportos de Inverno	1,7	4,5	0	0	4,3	3,3	0
Golfe	1,7	3,8	0	0	2,9	3,3	0
Desportos equestres	1,7	3,2	0	1,1	2,2	3,3	0
Montanhismo / escalada	1,7	3,2	0	0	2,2	3,3	0

* a soma das % é superior a 100 pois os inquiridos podiam referir mais do que uma actividade

De salientar que são os viúvos/divorciados os que se encontram envolvidos em maior percentagem na maioria das modalidades, ou seja são mais versáteis nas actividades que praticam, sendo a principal andar a pé continuamente (65,4%), seguida da pesca (19,2%) e da natação. São os casados quem mais se dedica à jardinagem (8,8%). Para os

solteiros as actividades mais seleccionadas foram o futebol (40,5%) seguido de andar a pé (35,7%) e da ginástica aeróbica (15,3%).

Quanto à diferença interregional na prática de diferentes actividades podemos verificar que é no Litoral Norte e Centro onde existe uma maior versatilidade nas actividades escolhidas. Com excepção feita para o Algarve e para a região de Setúbal e Alentejo, andar a pé continuamente durante 30 minutos foi a 1ª. opção escolhida seguida do futebol, em todas as regiões. Para o Algarve a 1ª escolha foi o futebol (36,9%) e outros desportos de equipa (25%) seguida do ciclismo (18,2%), da pesca e aeróbica, sendo nesta região onde se verifica a maior adesão a estas duas últimas actividades bem como ao futebol. Na região de Setúbal e Alentejo as actividades mais praticadas são os desportos de equipa (33,3%) seguido de andar a pé e futebol (18,8%).

Andar a pé continuamente é uma actividade escolhida principalmente pelos habitantes da Grande Lisboa (66,7%) e do Grande Porto (54,9%). A natação (17,1%), a dança (11,4%), desportos equestres (7,6%), jardinagem (12,3%), golfe e montanhismo (7,6%) são praticadas em maior percentagem no Litoral Norte e Centro.

4.3.3. Níveis de inactividade nos tempos livres

Os níveis de inactividade nos tempos livres, quer nos dias de descanso, quer nos dias de trabalho evidenciam uma elevada percentagem de indivíduos que passam mais do que três horas sentados. É nos dias de descanso que maior proporção de indivíduos indicam estarem sentados (Quadro 25).

Quadro 25

N.º de horas sentados no tempo livre

nos dias de trabalho	n = 1007	nos dias de descanso	n = 1007
	%		%
0	19,6	0	2
≤ 1	17,5	≤ 2	28,9
]1 - 3]	31,9]2 - 4]	37,9
> 3	31	> 4	31,2

Nos dias de trabalho, são os Portugueses a residir na região de Setúbal e Alentejo (33,3%) em conjunto com a Grande Lisboa que passam a maior parte do seu tempo sentados (32,6%). Os inquiridos que referem que não passam nenhuma hora do seu

tempo sentados são os habitantes do Interior e Litoral Norte e Centro (23,7% e 18,5%) e também os habitantes da Grande Lisboa (18,1%).

Nos dias de trabalho, são os Portugueses que referem estar envolvidos em actividade/exercício físico, os que passam maior número de horas do seu tempo livre sentados.

Nos dias de lazer são os habitantes da Grande Lisboa e do Litoral Norte e Centro, aqueles que passam em maior percentagem, 43,2% e 37,7% respectivamente, seus tempos sentados, sendo os Algarvios e os habitantes do Grande Porto aqueles que referem não passar qualquer número de horas sentados, 5,3% e 6,4% respectivamente.

Não existe diferença no perfil de inactividade nos dias de descanso entre sedentários e activos.

4.3.4. Níveis de actividade diária

Dos 1007 inquiridos verificamos, que diariamente 48,8% passa entre 2 a 6 horas sentados e 35,9% mais de 6 horas de pé por dia. 50,9% dos inquiridos assinala não passar nenhum tempo a fazer um esforço superior que estar sentado ou de pé (Quadro 26).

Quadro 26
Perfil de actividade diária

	No tempo de trabalho, n.º de horas sentado %	No tempo de trabalho, n.º de horas de pé %	N.º de horas a fazer um trabalho físico mais exigente que estar sentado ou de pé %
0	8,2	1,4	50,9
≤ 2	26,8	22,1	33,4
]2 - 6]	48,8	40,6	10,1
> 6	16,2	35,9	5,6

Na actividade diária, são os habitantes do Litoral Norte e Centro e da Grande Lisboa os que mencionam passar mais do que 6 horas sentados (24,3% e 18,9% respectivamente). É também na Grande Lisboa e no Interior Norte e Centro que ocorre a maior proporção de indivíduos que referem não estar sentados (14,1% e 13,2%). Quanto a estar de pé,

são os residentes no Grande Porto e Lisboa, os que assinalam passar mais do que 6 horas (48,2% e 40,3%).

Na actividade diária, o número de horas sentado e de pé parece não se relacionar com a prática ou não de actividade/exercício físico.

Parece não existir grandes diferenças quanto ao género e o número de horas passadas a fazer um trabalho físico mais exigente do que estar de pé ou sentado. No entanto à medida que a idade aumenta verifica-se um acréscimo do número de indivíduos que não fazem esse esforço (Quadro 27).

Quadro 27

N.º de horas a fazer um trabalho físico mais exigente por sexo e idade

	Sexo		Idade		
	Masc	Fem	15 - 34	35 - 54	+ 55
0	49	52,7	41,9	47,6	65,3
≤ 2	34,7	32,2	40,9	36,3	21,2
]2 - 6]	10,1	10,2	9,4	10,9	10,3
> 6	6,2	5	7,8	5,1	3,2

O n.º de horas a realizar um trabalho mais exigente do que estar de pé ou sentado parece ser independente do nível educativo. Atendendo à classe social, podemos ver que, à medida que a classe social diminui, diminui também a proporção de indivíduos que referem mais do que 6 horas a fazer um esforço superior a estar de pé e sentado. São dos Portugueses pertencentes a uma classe social mais baixa quem refere passar mais tempo sem fazer esse esforço (63,4%).(Quadro 28).

Quadro 28

N.º de horas a fazer um trabalho físico mais exigente por educação e classe social

	Educação			Classe Social			
	Nível			Social			
	1º	2º	3º	AB	C1	C2	DE
0	51,8	48,5	52	56,3	52,7	42,9	63,4
≤ 2	32,7	34,3	36	30,4	28,4	42,2	22,9
]2 - 6]	10,8	9	8	6	12,7	9,3	11,1
> 6	4,7	8,2	4	7,3	6,3	5,6	2,6

Quanto à variação regional da variável "fazer um esforço físico mais exigente que estar sentado ou de pé", são os Algarvios e os Alentejanos que passam um maior número de horas (38,5% e 20%) seguidos dos habitantes do Grande Porto (11%).

São os indivíduos que não estão envolvidos em qualquer actividade física quem mais refere dispendir um maior número de horas (superior a 6 horas) a fazer um trabalho físico mais exigente que estar de pé ou sentado.

4.4. Motivações e barreiras à prática de actividade/exercício físico

4.4.1. Principais razões para a prática de actividade/exercício físico

Apesar da manifesta não participação em qualquer modalidade, verificamos que os principais benefícios atribuídos pelos Portugueses à prática de exercício físico se prendem com a manutenção da saúde (21,4%), com o facto de o exercício físico relaxar (17,6%) e também para estar ao ar livre (15,1%). O convívio foi referenciado por 11,5% dos inquiridos (Quadro 29).

Os praticantes de mais de 3,5h por semana, alegavam como benefícios da actividade física o facto de esta lhes proporcionar saúde (42,8%), porque alivia a tensão (28,3%), lhes proporcionava o contacto com o ar livre (23,2%), pelo factor socializante (20,9%) e pelo facto de se divertirem (20,6%), ou seja elencados pela mesma ordem da generalidade dos inquiridos, mas em percentagens superiores à média.

Quadro 29

Principais razões para a prática de actividade física

	n = 1007
	%
Para se manter saudável	21,4
Para aliviar a tensão / relaxar	17,6
Para estar ao ar livre	15,1
Para conviver com outras pessoas	11,5
Para se divertir / aventura / prazer	8,4
Para se sentir em forma ou recuperar a forma	8,1
Para perder ou controlar o peso	6,8
Não sabe	3,3
Para trabalhar melhor / concentrar	2,3
Pelo prazer da competição	1,8
Para se sentir realizado	1,2
Nenhum destes	1
Outra	0,5
Não pratica	48,6

* a soma das % é superior a 100% pois os inquiridos podiam referir mais do que uma hipótese de escolha

Relativamente à opção manter a saúde, verificamos que a percentagem de concordância diminuía com o aumentar da idade, ou seja são, os mais jovens (28,9%)

quem mais refere esta causa ($p < 0,001$). Também o aumento da instrução e da classe social é paralelo à frequência da escolha desta opção (maior escolaridade 37,6%, $OR=3,44$, comparativamente à menor instrução e classe AB 37,7% com $p < 0,001$). São os homens que em maior percentagem concorda com o facto da actividade/exercício físico ser importante para a saúde (25,9% e $p < 0,001$), bem como os solteiros (32,7%, $p < 0,001$), os mais magros (36,6% e $p < 0,001$) e os que estão a tentar perder peso ($OR=1,55$, quando comparados com os que não estão a tentar perder peso). Geograficamente observamos que é na região da Grande Lisboa, ($OR=1,94$ quando comparamos com os habitantes do Grande Porto) (Quadro 30).

Na análise multivariável, após ajuste para todas as variáveis significativas do modelo da regressão, continua a ser significativo a influência das variáveis idade, classe social, imagem corporal, a prática de actividade/exercício físico. O facto de se considerar o peso corporal de importância para a saúde só se tornou significativo após este ajuste estatístico.

O facto da actividade/exercício físico proporcionar bem estar na medida em que pode aliviar a tensão, foi uma escolha maioritariamente masculina (18,2%), que aumentava com a escolaridade e a classe social da amostra (escolaridade 3^a, 33% e classe AB, 35,1%), evidencia-se um decréscimo não muito elevado com o avançar da idade (mais e menos jovens 18,2% e 16,7% respectivamente), é uma escolha em maior percentagem nos ex-fumadores há mais de 1 ano (27,3%), nos Portugueses magros (23,2%) e nos residentes nas cidades, Lisboa (30%) e Porto (21,8%). São os solteiros quem mais concorda com esta afirmação (19,9%).

Encontramos maiores proporções de inquiridos que referiam como motivação para a prática de actividade/exercício físico, poderem estar ao ar livre, os homens (18,2%), viúvos e divorciados (15,6%), mais magros (20,7%) e que estão a perder peso (19%). Esta prevalência aumenta com a classe social e com a instrução (classe AB 37,7% e escolaridade 3^a 37,6%). É em Lisboa que se encontra um maior número de Portugueses que assinalaram este benefício da actividade (33,5%).

Descreve-se igualmente no Quadro 30 as características dos inquiridos que referem como principal motivo para a prática de actividade/exercício físico a perda de peso. Estes estão cerca de 3 vezes mais a tentar perder peso ($p < 0,001$) e consideram o peso importante para a saúde ($p < 0,001$), têm sobrecarga ponderal e são obesos ($OR=1,74$ e $OR=1,32$, relativamente aos Portugueses com IMC abaixo da normalidade), sentem-se gordos ($OR=3,64$, quando comparados com os que se sentem magros) e têm idades

compreendidas entre os 35 e os 54 anos ($p < 0,05$). No entanto, após ajuste por regressão logística a prática de actividade/exercício físico deixa de ser significativa, bem como as variáveis imagem corporal, IMC e classe social.

Quadro 30
Odds Ratio e respectivos intervalos de confiança para os principais motivos para a
prática de actividade / exercício físico

	Motivação: manter saúde			Motivação: perder peso		
	OR	OR ajustado	IC 95%	OR	OR ajustado	IC 95%
Sexo (<i>Masculino</i>)	***					
Feminino	0,59	<i>ns</i>		1,59	<i>ns</i>	
Idade (<i>15-34</i>)	***	***		*	*	
35-54	0,60**	0,69	0,46 - 1,04	2,33**	1,25	0,64 - 2,44
+55	0,38***	0,35***	0,22 - 0,58	0,79	0,48	0,22 - 1,07
Educação (<i>1º</i>)	***			**	*	
2º	2,42***	<i>ns</i>		2,33**	1,68	0,87 - 3,27
3º	3,44***			0,79	0,45	0,15 - 1,37
Classe Social (<i>AB</i>)	***	*		*		
C1	0,44***	0,51**	0,31 - 0,84	1,46		
C2	0,36***	0,58*	0,36 - 0,95	1,10	<i>ns</i>	
DE	0,26***	1,02	0,51 - 2,40	0,29		
Estado Civil (<i>Solteiro</i>)	***					
Casado / União de facto	0,45***	<i>ns</i>		0,71	<i>ns</i>	
Viúvo / divorciado	0,40**			0,73		
Hábitos Tabágicos (<i>Fumadores</i>)						
Ex-fumadores	1,23	<i>ns</i>		0,68	<i>ns</i>	
Não fumadores	1,04			0,23		
IMC (<i>< 20</i>)	***			*		
20 - 24,99	0,39***	<i>ns</i>		0,77	<i>ns</i>	
25 - 29,99	0,57*			1,74		
≥ 30	0,38**			1,32		
Imagem corporal (<i>Sente-se magro</i>)	*	*		***		
Sente-se normal	0,54*	0,52*	0,28 - 0,97	1,43	<i>ns</i>	
Sente-se gordo	0,71	0,77	0,42 - 1,43	3,64		
Alimentação import. saúde (<i>Não</i>)		<i>ns</i>			*	
Sim	0,84			1,26	1,85	1,05 - 3,27
Peso corporal import. saúde (<i>Não</i>)		*		***	***	
Sim	1,28	1,85	1,16 - 2,95	2,98	3,07	1,71 - 5,54
Activ. física import. saúde (<i>Não</i>)	*	<i>ns</i>			<i>ns</i>	
Sim	1,60			1,29		
Activ. física import. ganho de peso (<i>Não</i>)		<i>ns</i>			<i>ns</i>	
Sim	1,46			0,76		
Actividade / Exercício (<i>Não</i>)	***	***		*	<i>ns</i>	
Sim	7,85	7,50	5,15 - 10,93	1,66		
Está a perder peso (<i>Não</i>)	*	<i>ns</i>		***	***	
Sim	1,55			2,99	3,56	1,98 - 6,41
Portugal (<i>Porto</i>)	***			***	***	
Lisboa	1,94*			2,72*	2,90*	1,17 - 7,22
Setúbal + Alentejo	0,88	<i>ns</i>		0,71	0,71	0,18 - 2,82
Algarve	0,93			1,6	2,01	0,50 - 8,12
Litoral Norte e Centro	0,74			0,66	0,76	0,28 - 2,07
Interior Norte e Centro	0,85			0,37	0,28*	0,08 - 0,92

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

ns: variável não significativa para o modelo final de regressão logística apresentado

4.4.2. Principais barreiras à prática de actividade física

Em geral, o principal motivo referido para a não participação, prende-se com o facto de não se considerar do tipo desportivo e também com motivos profissionais ou de estudo. A inexistência de condições foi também apontada por 14,1% dos Portugueses. A idade bem como a falta de saúde foi o motivo que 21% da população referiu. O facto de preferir fazer outras coisas foi descrito por 4,4% dos inquiridos. De notar que 11% dos inquiridos referiu não ter nenhum obstáculo à actividade/exercício físico (Quadro 31).

Quadro 31
Barreiras à pratica de actividade física

	n = 1007
	%
Não ser do tipo desportivo	25,5
Compromissos profissionais / de estudo	23,1
Não existência condições para praticar exercício	14,1
Ser demasiado velho	11,5
Nenhuma	10,8
Não ter saúde para ter uma actividade física	9,5
Ser caro	9
Não ter companhia	7,9
Não precisar de fazer mais	7,6
Não ter energia suficiente	6,7
Compromissos familiares (tomar conta de crianças ou de pessoas de idade)	5,5
Não sabe	4,9
Preferir fazer outras coisas, como ver televisão, ler um livro, ou jogar computador	4,4
Outra	3,5
Ser demasiado tímido ou ficar envergonhado	3,1
Ter medo de me magoar	1,6
Ser uma perda de tempo	1,3

* a soma das % é superior a 100% pois os inquiridos podiam referir mais do que uma hipótese de escolha

Os indivíduos que mais frequentemente identificavam o estudo ou o trabalho uma barreira à actividade são: mulheres (24,9%), os mais jovens (32%) e mais instruídos e de classe social mais elevada (escolaridade 3^a, 44,6% e classe AB, 45,7%) e os solteiros (29,7%). São fumadores (36,5%), e de acordo com a distribuição do IMC nesta variável, são os magros (29,3%) que mais refere esta barreira. Tendo em conta a distribuição

geográfica, podemos dizer que esta barreira é mais evidente no Porto (34,5%) e em Lisboa (32,2%).

Os que apontavam como barreira à prática de actividade/exercício físico não se considerarem do tipo desportivo eram principalmente mulheres (26,6% e OR=1,12, comparativamente com os homens), viúvos/divorciados (28,4% e OR=1,76 relativamente aos solteiros), residentes em Lisboa e no Interior Norte e Centro (27,4% e 36,2%, respectivamente e $p<0,001$).

Na análise multivariável excluiu-se da variável regiões de Portugal, a classe Algarve, pois ao reduzido número de indivíduos desta região, verificou-se que nenhum elemento respondeu afirmativamente a esta questão, o que nesta análise conduz a um estimador do erro padrão do quociente de regressão e consequentemente os intervalos de confiança para este estimador sejam pouco credíveis (Hosmer & Lemeshow, 1999).

Esta razão era apontada em maior percentagem à medida que a instrução diminui (escolaridade mais baixa, 28,8% e $p<0,01$). É também a classe social média baixa quem mais refere este motivo (OR=2,28, comparativamente à classe AB).

Controlando para as variáveis significativas incluídas no modelo de regressão logística, verificamos que continuam a ser significativas as variáveis classe social, imagem corporal, prática de actividade/exercício físico e regiões de Portugal (Quadro 32), tornando-se significativa a variável IMC.

14,7% dos Portugueses referia a inexistência de condições à prática de actividade/exercício físico. Parece que a distribuição geográfica dos inquiridos interfere com esta opinião, sendo os Alentejanos juntamente com os residentes em Setúbal (42,1% e OR=4,50, quando comparados com os habitantes do Grande Porto) e os Algarvios (30,8% e OR=2,69, comparativamente com os habitantes do Grande Porto) quem menciona esta barreira em maior percentagem. São os indivíduos com instrução primária (15,7%) e pertencentes à classe social média (31,5%, OR=1,75 e OR=1,56, quando comparados com a classe alta), casados (15,6% e OR=1,36 em relação aos solteiros), e com IMC acima da normalidade, (36,8% e OR=1,12 e OR=1,82, em relação aos magros).

Após ajuste para todas as variáveis significativas encontradas no modelo final de regressão logística, podemos observar que se mantiveram significativas as variáveis, idade ($p < 0,01$) e regiões de Portugal ($p < 0,001$) (Quadro 32).

Quadro 32

Efeito de vários factores nas barreiras à prática de actividade/exercício físico

	Barreira: não ser do tipo desportivo			Barreira: inexistência de condições		
	OR	OR ajustado	IC 95%	OR	OR ajustado	IC 95%
<i>Sexo (Masculino)</i>						
Feminino	1,12	<i>ns</i>		0,95	<i>ns</i>	
<i>Idade (15-34)</i>	**			**	**	
35-54	1,82***	<i>ns</i>		2,01**	2,14***	1,37 - 3,34
+55	1,40			1,22	1,16	0,72 - 1,89
<i>Educação (1º)</i>	**					
2º	0,63**	<i>ns</i>		0,91	<i>ns</i>	
3º	0,56*			0,45		
<i>Classe Social (AB)</i>	***	**				
C1	1,38	1,42	0,81 - 2,48	1,75	<i>ns</i>	
C2	2,28***	2,29**	1,34 - 3,92	1,56		
DE	1,55	1,29	0,67 - 2,48	1,07		
<i>Estado Civil (Solteiro)</i>	**					
Casado / União de facto	1,73**	<i>ns</i>		1,36	<i>ns</i>	
Viúvo / divorciado	1,76*			0,88		
<i>Hábitos Tabágicos (Fumadores)</i>						
Ex-fumadores	0,67*	<i>ns</i>		1,04	<i>ns</i>	
Não fumadores	0,95			0,48		
<i>IMC (< 20)</i>		*				
20 - 24,99	0,73	0,48*	0,26 - 0,90	0,92	<i>ns</i>	
25 - 29,99	0,87	0,59	0,30 - 1,15	1,12		
≥ 30	1,07	0,87	0,39 - 1,92	1,82		
<i>Imagem corporal (Sente-se magro)</i>	***	***				
Sente-se normal	2,69	3,73***	1,74 - 7,98	0,58	<i>ns</i>	
Sente-se gordo	1,83	2,08	0,94 - 4,62	0,59		
<i>Alimentação import. saúde (Não)</i>	**	<i>ns</i>				
Sim	1,48			1,25	<i>ns</i>	
<i>Peso corporal import. saúde (Não)</i>	*	<i>ns</i>				
Sim	1,52			1,64	<i>ns</i>	
<i>Activ. física import. saúde (Não)</i>		<i>ns</i>				
Sim	0,65			1,68	<i>ns</i>	
<i>Activ. física import. ganho de peso (Não)</i>	**	<i>ns</i>				
Sim	1,81			0,59	<i>ns</i>	
<i>Actividade / Exercício (Não)</i>	**	***		**	<i>ns</i>	
Sim	0,64	0,54	0,38 - 0,75	0,56		
<i>Está a perder peso (Não)</i>		<i>ns</i>				
Sim	0,89			1,28	<i>ns</i>	
<i>Portugal (Porto)</i>	***	***		***	***	
Lisboa	1,19	1,32	0,76 - 2,32	0,82	0,86	0,43 - 1,71
Setúbal + Alentejo	0,44*	0,36*	0,16 - 0,84	4,50***	5,09***	2,46 - 10,52
Algarve a)	-	-	-	2,69*	3,07*	1,27 - 7,45
Litoral Norte e Centro	0,91	0,67	0,39 - 1,14	0,83	0,88	0,40 - 1,68
Interior Norte e Centro	1,79*	1,43	0,83 - 2,45	0,56	0,61	0,30 - 1,24

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

ns: variável não significativa para o modelo final de regressão logística apresentado

a) não se considerou nesta análise esta região do país.

4.5. Peso corporal e satisfação com a imagem corporal

4.5.1. Peso corporal e Índice de massa corporal

A distribuição do IMC apresentada no Quadro 33 indica-nos que embora 49% dos Portugueses sejam normoponderais, 42% tem excesso de peso (33% sobrecarga ponderal e 9% obesos).

Quadro 33
Categorias de IMC

CATEGORIAS DE IMC	n= 1007 %
Magreza (< 20)	8,1
Normoponderal (20 - 24,9)	49,1
Sobrecarga ponderal (25 - 29,9)	33
Obesidade (≥ 30)	9,1

Em termos de distribuição do IMC, podemos verificar que a razão mulheres/homens é superior não só para a magreza como também para a obesidade. São os mais novos que têm a categoria de IMC mais baixa e os mais velhos aqueles que mais têm excesso de peso (58%) (Quadro 34).

Quadro 34
IMC por sexo e idade

IMC	Sexo		Idade		
	Masc.	Feminino	15 - 34	35 - 54	+ 55
< 20	4	12,1	15,5	3,5	3,6
20 - 24,9	49,9	49	60,1	47,3	38,4
25 - 29,9	38,8	28,1	22	39,9	40,7
≥ 30	7,3	10,8	2,4	9,5	17,3

O IMC varia na razão inversa da escolaridade e classe social. Assim observamos que aos participantes com um nível de instrução mais baixa e de menor classe social, correspondia um maior número de indivíduos com peso superior à normalidade. O inverso acontece com os magros e normoponderais que possuem um nível de escolaridade superior e pertencem à classe alta e média alta (Quadro 35).

Quadro 35
IMC por escolaridade e classe social

IMC	Educação			Classe Social			
	Nível			AB	C1	C2	DE
	1º	2º	3º				
< 20	4,1	14,2	17,8	11,9	10,3	7,1	3,3
20 - 24,9	45,2	54,9	61,4	57	50,3	47,1	46,7
25 - 29,9	38,2	27,2	17,8	26,5	28,1	39	34
≥ 30	12,5	3,7	3	4,6	11,3	6,9	16

Foram encontrados na região de Setúbal e Alentejo, 17,3% de obesos, na Grande Lisboa 12,3% e 10,1% no Grande Porto. Dentro do grupo de menor IMC, foi Lisboa, o Interior Norte e Centro e Setúbal e Alentejo, as regiões que apresentam uma percentagem mais elevada, 13,3%, 8,5% e 8% respectivamente (Quadro 36).

Quadro 36
IMC por região do país

IMC	Grande Lisboa	Grande Porto	Litoral Norte+Centro	Interior Norte+Centro	Setúbal+ Alentejo	Algarve
< 20	13,3	7,3	7,1	8,5	8	5,1
20 - 24,9	43,4	58,7	55,1	40,7	41,3	56,4
25 - 29,9	30,5	23,9	33	44,9	33	33,3
≥ 30	12,8	10,1	4,8	8,5	17,3	5,1

Em geral, e se excluirmos a classe de IMC mais baixa, podemos dizer que o aumento do IMC varia de forma inversa com o n.º de horas dispendido na prática de actividade/exercício físico (Quadro 37).

Apresentamos no Quadro 38 as actividades de acordo com o IMC dos Portugueses. Podemos observar que apesar da baixa adesão às diferentes actividades por parte daqueles que têm peso em excesso, as actividades mais praticadas são andar continuamente a pé (77,3%), seguido de futebol, natação e ciclismo/cicloturismo (9,1%).

Quadro 37

IMC por horas de prática de actividade física

IMC	0	≤ 1,5	1,5 - 3,5	≥ 3,5
< 20	6,3	3,7	11,4	11,7
20 - 24,9	51,5	55,6	58,6	42,7
25 - 29,9	30,6	25,9	28,6	40,3
≥ 30	11,6	14,8	1,4	5,3

Quadro 38

Actividades praticadas pelos Portugueses por classe de IMC

ACTIVIDADES	IMC			
	< 20	20 - 24,9	25 - 29,9	≥ 30
Andar continuamente durante 30 minutos	56,8	46,2	46,6	77,3
Futebol	29,5	26,1	25	9,1
Natação	23,3	8,7	6,1	9,1
Pesca	6,8	10,9	11,5	0
Ginástica aeróbica	13,6	14,2	2	4,5
Jardinagem	6,8	9,8	8,8	0
Ciclismo/cicloturismo	13,6	8,7	6,1	9,1
Atletismo	18,2	6,5	5,4	4,5
Desportos de equipa excepto futebol	9,1	9,8	3,4	4,8
Outros	2,4	2,8	3	1,1
Dança	9,1	7,6	3,4	0
Artes marciais	9,3	5,4	3,4	0
Desportos com raquetes	7	3,3	2	0
Desportos aquáticos	6,8	4,3	1,4	0
Desportos de Inverno	6,8	3,3	0,7	0
Golfe	6,8	3,3	0,7	0
Desportos equestres	6,8	2,7	0,7	0
Montanhismo / escalada	6,8	2,7	0,7	0

* a soma das % é superior a 100 pois os inquiridos podiam referir mais do que uma actividade

Pela análise do Quadro 39 podemos observar que os participantes nas diferentes modalidades variam acordo com o género e IMC.

Na generalidade das actividades, constatamos que para a classe de IMC mais baixa, estas são praticadas preferencialmente por mulheres (com excepção para o futebol,

ciclismo/cicloturismo e artes marciais), o oposto acontecendo com as restantes classes de IMC. A actividade andar a pé continuamente é a eleita pelas mulheres e o futebol pelos homens, independentemente do seu IMC.

Enquanto a ginástica aeróbica é praticada em maior número pelas mulheres magras, normais e com obesidade, o ciclismo/cicloturismo pelos homens independentemente do seu IMC. A natação é uma actividade mais praticada pelos mais magros, sendo nas mulheres que se encontra uma maior percentagem de participação. A jardinagem é uma actividade que têm uma maior adesão por parte das mulheres normais e magras e dos homens com sobrecarga ponderal.

Verificamos no Quadro 38 uma baixa adesão às diferentes actividades por parte daqueles que têm peso em excesso, no Quadro 39 podemos observar que esta não participação se deve fundamentalmente ao sexo feminino.

Quadro 39

Actividades praticadas pelos Portugueses de acordo com o IMC e género

IMC	< 20		20-24,99		25-29,99		≥ 30	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Andar continuamente	21,4	73,3	39	55,7	37	71,8	76,9	77,8
Futebol	50	17,2	42,5	3,8	34,3	0	15,4	0
Natação	21,4	24,1	11,4	8,9	7,5	5	16,7	0
Pesca	6,7	10	16	3,8	13,8	5	0	0
Ginástica aeróbica	0	20	8,6	22,8	1,8	2,6	0	10
Jardinagem	0	10	4,8	16,5	10,1	5	0	0
Ciclismo/cicloturismo	14,3	10,3	12,4	3,8	6,5	2,6	16,7	0
Atletismo	13,3	20,7	8,6	2,6	7,3	0	7,7	0
Desportos de equipa excepto futebol	0	9,1	9,4	10,3	4,6	0	0	11,1
Outros	0	6,7	5,7	9	6,5	5,1	7,7	0
Dança	0	12,3	3,8	12,7	0,9	10,3	0	0
Artes marciais	14,3	10	7,5	2,6	4,6	0	0	0
Desportos com raquetes	7,1	10	4,7	1,3	2,8	0	0	0
Desportos aquáticos	0	10	5,7	1,3	1,8	0	0	0
Desportos de Inverno	0	10	2,9	1,3	0,9	0	0	0
Golfe	0	10	4,7	1,3	0,9	0	0	0
Desportos equestres	0	10	2,9	2,5	0,9	0	0	0
Montanhismo / escalada	0	10	3,8	1,3	0,9	0	0	0

* a soma das % é superior a 100 pois os inquiridos podiam referir mais do que uma hipótese de escolha. Dentro do grupo com IMC mais elevado, 49,7% dos indivíduos encontravam-se no estadio de pré-contemplação. Só 4,5% dos indivíduos obesos selecciona a actividade física como condicionante da saúde, e uma percentagem semelhante destes indivíduos (4,6%) acredita na importância desta para a manutenção do peso corporal.

Pensam necessitar de fazer mais actividade/exercício físico do que aquele que fazem, 11,3% de magros, 49,7% de indivíduos normais, 32,7% de Portugueses com sobrecarga ponderal e 6,3% de obesos.

Parece que uma campanha desenvolvida localmente com o intuito de aumentar a participação dos indivíduos para uma maior actividade/exercício físico terá um maior impacto nos mais magros (10,7%), do que nos obesos (8,6%).

De forma resumida podemos observar pela análise do Quadro 40 que os OR para a prevalência de obesidade e sobrecarga ponderal sobem com a idade (OR=4,26 para idades superiores a 55 anos, quando comparadas os mais jovens), aumentam com a diminuição da classe social (OR=2,21 para a classe social DE quando comparada com a AB). São os casados ($p<0,001$) e os que estudaram a um nível de instrução primária ($p<0,001$), quem mais tem o peso acima da normalidade. Os inquiridos que se sentem mais gordos tem um risco de ter peso a mais cerca de 21 vezes superior que os que se sentem magros. No entanto este OR diminui quando ajustado para as demais variáveis significativas incluídas no modelo de regressão logística (OR=14,19).

São indivíduos do sexo masculino ($p<0,05$) e os que consideram importante para a saúde o controlo do peso corporal ($p<0,001$). Os indivíduos que estão a tentar perder peso tem um risco cerca de 3 vezes maior para um peso acima da normalidade, quando comparados com aqueles que não estão a tentar perder peso. São habitantes de Setúbal e Alentejo (OR=1,99) e Interior Norte e Centro (OR=1,89), quem tem em maior número peso acima da normalidade, relativamente aos habitantes do Grande Porto.

Controlando para as diferentes variáveis significativas apresentadas no modelo de regressão podemos dizer que se mantêm todas as variáveis com significado estatístico, excepto o considerarem o peso corporal e a actividade física importantes para a saúde

e para a classe social. Por outro lado tornou-se significativa a prática de actividade/exercício físico.

Quadro 40

Odds Ratio e respectivos intervalos de confiança para a variável ter peso a mais
(sobrecarga e obesidade)

	Peso a mais		
	OR	OR ajustado	IC 95%
<i>Sexo (Masculino)</i>	*	***	
Feminino	0,74	0,51	0,37 - 0,71
<i>Idade (15-34)</i>	***	***	
35-54	2,99***	1,89**	1,23 - 2,91
+55	4,26***	2,71***	1,73 - 4,25
<i>Educação (1º)</i>	***	***	
2º	0,43***	0,57*	0,37 - 0,88
3º	0,25***	0,23***	0,12 - 0,44
<i>Classe Social (A/B)</i>	**		
C1	1,44	<i>ns</i>	
C2	1,87**		
DE	2,21***		
<i>Estado Civil (Solteiro)</i>	***	***	
Casado / União de facto	3,69***	2,44***	1,53 - 3,90
Viúvo / divorciado	2,74***	1,90	0,98 - 3,68
<i>Hábitos Tabágicos (Fumadores)</i>			
Ex-fumadores	0,8	<i>ns</i>	
Não fumadores	1,31		
<i>Imagem corporal (Sente-se magro)</i>	***	***	
Sente-se normal	4,39***	2,34	0,96 - 5,59
Sente-se gordo	20,86***	14,19***	5,87 - 34,37
<i>Alimentação import. saúde (Não)</i>		<i>ns</i>	
Sim	1,10		
<i>Peso corporal import. saúde (Não)</i>	***	<i>ns</i>	
Sim	1,10		
<i>Activ. física import. saúde (Não)</i>	*	<i>ns</i>	
Sim	0,59		
<i>Activ. física import. ganho de peso (Não)</i>	**	**	
Sim	0,58	2,05	1,23 - 3,42
<i>Actividade / Exercício (Não)</i>		**	
Sim	1,02	1,75	1,22 - 2,49
<i>Está a perder peso (Não)</i>	***	**	
Sim	2,76	1,73	1,16 - 2,58
<i>Portugal (Porto)</i>	*	*	
Lisboa	1,50	1,77	0,97 - 3,20
Setúbal + Alentejo	1,99*	3,09**	1,46 - 6,55
Algarve	1,24	1,16	0,47 - 2,86
Litoral Norte e Centro	1,19	1,36	0,78 - 2,36
Interior Norte e Centro	1,89**	1,80*	1,01 - 3,21

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

ns: variável não significativa para o modelo final de regressão logística apresentado

4.5.2. Satisfação com a imagem corporal

Embora a maioria dos Portugueses se sinta bem com a sua imagem corporal (47,5%) uma proporção muito próxima dos 45% sente-se gorda (44,7%) (Quadro 41).

Quadro 41

Satisfação com a imagem corporal	
SATISFAÇÃO COM IMAGEM CORPORAL	n = 1007
	%
Sente-se magro	7,8
Sente-se bem	47,5
Sente-se gordo	44,7

São 87 % os indivíduos com $IMC \geq 30$ que têm consciência do seu peso excessivo, no entanto 12% sente-se bem com o seu peso. Uma atenção especial deverá ser dada aos participantes com o IMC dentro da normalidade (31%) ou abaixo (5%) que se sentem gordos (Quadro 42).

Quadro 42

Satisfação com a imagem corporal por IMC				
IMC	< 20	20 - 24,99	25 - 29,99	≥ 30
Sente-se magro	46,9	6,9	1,5	1,1
Sente-se bem	48,1	61,8	36,3	12
Sente-se gordo	4,9	31,3	62,2	87

São as mulheres que maioritariamente se sentem gordas (50,5%) contra 61,5% dos homens que se sentem magros ou bem. À medida que a idade avança, diminui a percentagem dos que se sentem bem ou magros e aumentam o número dos que se sentem gordos (Quadro 43).

Quadro 43

Satisfação com a imagem corporal por sexo e idade					
	Sexo		Idade		
	Masc.	Feminino	15 - 34	35 - 54	+ 55
Sente-se magro	8,5	7,1	11,2	4,8	6,4
Sente-se bem	53	42,4	52,5	48,6	40,2
Sente-se gordo	38,5	50,5	36,4	46,6	53,4

Atendendo ao nível educacional podemos verificar que à medida que este aumenta, aumenta a percentagem de inquiridos que se sentem magros, e diminui de aqueles que se sentem gordos. Quanto à classe social, à medida que esta aumenta, aumenta também a percentagem dos que se sentem magros (Quadro 44).

Quadro 44
Satisfação com a imagem corporal por escolaridade e classe social

	Educação			Classe Social			
	1º	2º	3º	AB	C1	C2	DE
Sente-se magro	4,7	11,9	16,8	11,3	9,9	6,1	3,9
Sente-se bem	49,4	46,5	38,6	33,3	43,5	56	46,4
Sente-se gordo	45,9	41,6	44,6	55,3	46,6	38	49,7

A distribuição regional em termos de satisfação com a imagem corporal é a apresentada no Quadro 45, onde podemos ver que a percentagem dos que se sentem gordos em relação àqueles que se sentem bem é superior na Grande Lisboa e Porto e Alentejo. A menor percentagem dos que se sentem magros são os Algarvios e os habitantes do Interior e Litoral Norte e Centro (2,6% e 4,5%).

Quadro 45
Satisfação com a Imagem Corporal por região do país

	Grande Lisboa	Grande Porto	Litoral Norte+Centro	Interior Norte+Centro	Setúbal+ Alentejo	Algarve
Sente-se magro	12,8	13,8	4,5	4,5	10,7	2,6
Sente-se bem	28,2	41,3	58,1	55,6	44	48,7
Sente-se gordo	59	45	37,4	39,9	45,3	48,7

Dos inquiridos que se sentem magros e bem, 59,1% praticavam actividade física, enquanto que dos que se sentem gordos, essa percentagem é inferior, 40,9%.

4.5.3. Comportamento perante o peso actual

Nos últimos 6 meses verifica-se que a maior parte dos inquiridos manteve o peso (57,6%) e 20,1% engordou. De salientar que 9,7% da amostra não sabe qual o seu peso actual (Quadro 46).

A manutenção do peso corporal é semelhante em todas as idades, excepto para os indivíduos com idade superior a 55 anos, dos quais emagreceram 16,5% e engordaram 12,6%.

Quadro 46
Alteração do peso corporal nos últimos 6 meses

	n = 1007
	%
Manteve o peso	57,6
Engordou	20,1
Emagreceu	12,6
Não sabe	9,7

O mesmo se verifica com o estado civil. Comparativamente com os outros grupos, são os viúvos/divorciados que aumentam e os solteiros os que mais perdem peso.

Atendendo à instrução, foram os indivíduos com escolaridade a nível superior aqueles que mais perdem peso (17,8%) assim como os homens comparativamente às mulheres, quem mais manteve o seu peso (64% versus 47,8%). Mais mulheres do que homens (23,9% versus 15,9%) referiram ter aumentado o seu peso corporal, à semelhança do que se passa com quem referia ter baixado o seu peso (15,3% de mulheres, assinalou ter perdido peso e 9,7% dos homens).

São os inquiridos pertencentes às duas classes sociais mais elevadas (AB e C1, 47,8%), quem mais aumentou de peso, sendo a classe mais baixa quem mais perdeu peso (14,4%). Foram os mais sedentários comparativamente aos activos quem mais aumentou de peso (21% e 18,8% respectivamente) acontecendo o inverso quanto à perda de peso (10,9% e 15%).

No Quadro 47 podemos verificar que a maioria dos Portugueses, independentemente do seu IMC, manteve o seu peso corporal. Eram no entanto os inquiridos com sobrecarga ponderal, 26% e obesos, 32% que mais aumentaram de peso, sendo os mais magros (25,9%) aqueles que mais perderam peso nos últimos 6 meses.

Quadro 47

Alteração do peso corporal nos últimos 6 meses por IMC				
IMC	< 20	20 - 24,9	25 - 29,9	≥ 30
Engordou	13,6	14,5	26,2	31,9
Emagreceu	25,9	11,7	8,4	17,6
Manteve o peso	45,7	64,8	54,8	42,9
Não sabe	14,8	8,9	10,5	7,7

Dos inquiridos que se sentiam bem com a sua imagem corporal 64,7% mantiveram o seu peso e 9,8% aumentaram. Por outro lado, dos indivíduos que se sentiam magros, a maioria também manteve o seu peso (64,1%). 49,1% e 32,4% dos que se sentiam gordos, mantiveram e aumentaram o seu peso.

De referir que, nos últimos seis meses, os Portugueses que mantiveram o seu peso são aqueles que mais atribuem ao peso corporal importância para a saúde (44,8%).

Quando comparamos com outras regiões do país, encontramos uma maior tendência para o aumento de peso na região do Litoral Norte e Centro (26,3%) e na Grande Lisboa (22,9%), uma maior perda de peso no Algarve e na região de Setúbal e Alentejo (17,9% e 19,7% respectivamente). Parece que foram os habitantes do Grande Porto quem mais manteve o seu peso corporal (67,9%).

Para os 184 (18%) entrevistados que estavam a perder peso, a dieta foi o método a que 51,6% recorreu em primeiro lugar. A actividade física foi seleccionada por 12,8% e 24% referiu estar a perder peso por outros meios, a sua conjugação com a dieta foi referida por apenas 7% Portugueses (Quadro 48).

Quadro 48

Métodos para a perda de peso	
	n = 184
	%
Fazendo dieta	51,6
Por outros meios	23,7
Fazendo exercício / actividade física	12,8
Fazendo dieta e exercício	7,3
Através de medicamentos	0,9

São os indivíduos com peso a mais e que se sentem gordos que estão em maior percentagem a tentar perder peso (41,8% e 27,3%). Destaca-se o facto de 12,9% de normoponderais e 7,3% de indivíduos magros estarem também a tentar perder peso. Os métodos mais escolhidos para a perda de peso variam de acordo com o IMC. A dieta e o exercício físico de forma isolada parecem ser mais frequentes entre os indivíduos obesos (30,8% e 2%) e a medicação um método mais utilizado entre os obesos e por indivíduos que se sentem gordos. A combinação da dieta e de exercício físico é mais evidente nos indivíduos normoponderais, com sobrecarga ponderal e pelos que se sentem gordos (Quadro 49 e 50).

Quadro 49
Métodos para a perda de peso por IMC (n=1007)

	< 20	20 - 24,9	25 - 29,9	≥ 30
Fazendo dieta	2,4	4,7	12,5	30,8
Fazendo exercício / tendo uma actividade física	2,4	1,8	2,8	4,4
Fazendo dieta e exercício	0	1,4	1,8	0
Através de medicamentos	0	0,6	0,3	5,5
Por outros meios	2,4	4,3	6,1	1,1
Não está a tentar perder peso	92,7	87,1	76,5	58,2

Quadro 50
Métodos para a perda de peso por imagem corporal (n=1007)

	Sente-se magro	Sente-se bem	Sente-se gordo
Fazendo dieta	1,3	5	15,7
Fazendo exercício / tendo uma actividade física	0	1	4,1
Fazendo dieta e exercício	1,3	0,2	2,5
Através de medicamentos	0	0	2,1
Por outros meios	0	6,3	3
Não está a tentar perder peso	97,4	87,4	72,7

Com o aumento da idade, aumenta também o número de pessoas a tentar perder peso, principalmente para os indivíduos que têm idades compreendidas entre os 35 e 54 anos. 3,9% dos mais jovens que estão a tentar perder peso, fazem-no através da prática

de exercício físico, seguido de dieta (3,7%). Só 1,3% mencionam ambas as coisas. O oposto acontece à medida que a idade aumenta, ou seja para os mais velhos o método mais utilizado é dieta (11,4% com idade compreendida entre os 34 e os 54 anos e 15% com idade superior a 55 anos).

Comparativamente aos homens, são as mulheres quem mais tenta perder peso (20,1% das mulheres e 16,4% dos homens). Os homens quando o fazem, fazem-no igualmente quer por dieta ou pela prática de outros meios (6%), e só 4,1% faz actividade/exercício físico quer de forma simples ou combinada com dieta. A dieta é a forma mais utilizada para a perda de peso entre as mulheres (12,7%), só 1,4% o faz mediante a prática de actividade/exercício físico e 1,6% através de medicação. A associação entre dieta e actividade/exercício físico é só seleccionada por 1,8% da população feminina.

À medida que aumentam a escolaridade e a classe social, aumenta o n.º de pessoas que tenta perder peso a praticar actividade/exercício físico, combinado com dieta (escolaridade 3ª, 20,6%) e diminui os que fazem dieta de forma isolada.

Quanto à classe social são os dois extremos de classe quem mais faz dieta para a perda de peso (13,1%, AB e 14,3%, DE). Apesar do recurso à medicação ser pouco frequente é a classe social mais baixa que com maior frequência recorre a este método (2,6%).

O estado civil parece interferir na escolha do método para a perda de peso, assim, os solteiros para além de serem os que menos tentam perder peso, quando o fazem seleccionam em 1º lugar o exercício físico de forma isolada (7%), seguido de dieta (4,3%). O inverso acontece nos demais estados civis. Os casados são quem mais faz dieta para a perda de peso (11,4%), só 0,6% faz exercício físico e 0,9% ambas as coisas.

Dos indivíduos que dizem ter perdido peso, a maior parte fê-lo à custa de dieta (20,7%), seguido da sua combinação com a actividade física (3,3%), a medicação foi referida por 2,5% da amostra e só 1,7% recorreu exclusivamente à prática de actividade/exercício físico. De salientar que destes 69,4% não tentou perder peso. Também seleccionaram em 1º lugar a dieta 19,7% dos Portugueses que referiram ter aumentado de peso, 5,1% actividade/exercício físico e 1,6% a combinação dos dois anteriores. Não tentaram perder peso 67,2% dos que dizem ter engordado nos últimos 6 meses (Quadro 51).

Quadro 51

Métodos para a perda de peso por alterações do peso corporal nos últimos 6 meses
(n=1007)

	Manteve	Engordou	Emagreceu
Fazendo dieta	4,5	19,7	20,7
Fazendo exercício / tendo uma actividade física	1,9	5,1	1,7
Fazendo dieta e exercício	1	1,6	3,3
Através de medicamentos	0	3	2,5
Por outros meios	4,1	3	2,5
Não está a tentar perder peso	88,4	67,2	69,4

No Quadro 52, podemos observar não existirem diferenças regionais quanto à selecção primordial do método dieta para a perda de peso. Apesar da pequena percentagem a região do país onde menor percentagem de indivíduos está a tentar perder peso é no Algarve e o inverso se passa no Interior Norte e Centro de Portugal. Encontramos maiores percentagens de indivíduos a perder peso pela conjugação da actividade/exercício físico e dieta nas grandes cidades, Porto e Lisboa.

Quadro 52

Métodos para a perda de peso por região do país (n=1007)

	Grande Lisboa	Grande Porto	Litoral Norte+Centro	Interior Norte+Centro	Setúbal+ Alentejo	Algarve
Fazendo dieta	9,5	12,7	8,3	8,8	12,3	7,7
Fazendo exercício /actividade física	2,3	2,7	1,3	3,3	2,7	2,6
Fazendo dieta e exercício	2,7	2,7	0,6	0,4	0	0
Através de medicamentos	1,8	0,9	1	0,4	0	0
Por outros meios	2,3	0,9	1	14,2	1,4	0
Não está a tentar perder peso	81,4	80	87,1	72,9	83,6	89,7

Pela análise do Quadro 53 podemos caracterizar de forma simples as principais características daqueles que estão a tentar perder peso em Portugal. Podemos observar que são principalmente indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e 54 anos

(OR=2,36, em relação aos mais jovens,) são os obesos estão a tentar perder peso (OR=9,42, que comparativamente aos magros),. O OR mais elevado foi observado na variável imagem corporal, em que são os Portugueses que se sentem gordos e normais quem mais tenta a perda de peso ($p<0,001$).

Estes inquiridos consideram quase duas vezes mais importante o peso para a saúde ($p<0,01$), e que actividade física ajuda a manter o peso corporal ($p<0,001$). Comparativamente ao grande Porto são os residentes no Interior Norte e Centro quem mais está a tentar perder peso (OR=1,51). Controlando para todas as variáveis significativas incluídas no modelo final de regressão, verificamos que se mantêm significativas todas as variáveis atrás citadas, excepção feita para a variável peso corporal, importante para a saúde e torna-se significativa a prática de actividade/exercício físico e a classe social (Quadro 53).

Quadro 53
Efeito de vários factores na tentativa de perda de peso

	Está a perder peso		
	OR	OR ajustado	IC 95%
<i>Sexo (Masculino)</i>		*	
Feminino	1,26	1,48	1,02 - 2,14
<i>Idade (15-34)</i>	***	**	
35-54	2,36***	2,31***	1,45 - 3,67
+55	2,17***	1,99**	1,19 - 3,32
<i>Educação (1º)</i>			
2º	6,94	<i>ns</i>	
3º	1,23		
<i>Classe Social (A/B)</i>		**	
C1	0,56*	0,38***	0,22 - 0,67
C2	0,60*	0,44**	0,26 - 0,76
DE	0,67	0,38**	0,19 - 0,77
<i>Estado Civil (Solteiro)</i>			
Casado / União de facto	1,14	<i>ns</i>	
Viúvo / divorciado	1,17		
<i>Hábitos Tabágicos (Fumadores)</i>		*	
Ex-fumadores	0,69	<i>ns</i>	
Não fumadores	0,87		
<i>IMC (< 20)</i>	***	***	
20 - 24,99	1,94	1,01	0,37 - 2,73
25 - 29,99	4,03**	1,43	0,51 - 4,04
≥ 30	9,42***	3,52*	1,15 - 10,81
<i>Imagem corporal (Sente-se magro)</i>	***	***	
Sente-se normal	5,05*	4,02	0,93 - 17,25
Sente-se gordo	13,01***	8,43**	1,94 - 36,65
<i>Alimentação import. saúde (Não)</i>			
Sim	1,06	<i>ns</i>	
<i>Peso corporal import. saúde (Não)</i>	**		
Sim	1,74	<i>ns</i>	
<i>Activ. física import. saúde (Não)</i>			
Sim	0,64	<i>ns</i>	
<i>Activ. física import. ganho de peso (Não)</i>	***	**	
Sim	2,30	2,06	1,26 - 3,39
<i>Actividade / Exercício (Não)</i>		**	
Sim	1,37	1,75	1,18 - 2,58
<i>Portugal (Porto)</i>	***	***	
Lisboa	0,92	0,57	0,30 - 1,10
Setúbal + Alentejo	0,84	0,83	0,36 - 1,93
Algarve	0,49	0,57	0,18 - 1,83
Litoral Norte e Centro	0,56	0,65	0,35 - 1,23
Interior Norte e Centro	1,51	1,68	0,91 - 3,09

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

ns: variável não significativa para o modelo final de regressão logística apresentado

A caracterização dos utilizadores dos métodos para perder peso, dieta, exercício físico e a conjugação dos dois pode também ser sintetizada no Quadro 54 e 55. Daqui podemos concluir que a dieta é o método mais utilizado pelas mulheres (OR=2,11 e OR ajustado=2,24). As restantes duas técnicas são mais utilizadas pela população masculina; no entanto estas diferenças não são significativas quando se trata da conjugação da actividade física e da dieta.

A dieta é mais frequentemente utilizada por indivíduos com mais idade (OR ajustado=4,50, relativamente aos mais jovens), e o exercício físico isolado pelos mais novos ($p<0,05$). A escolaridade interfere na escolha do método seleccionado para a perda de peso. Assim, controlando para as diferentes variáveis significativas incluídas no modelo de regressão, o aumento da instrução é paralelo à escolha da dieta ($p<0,001$), e o exercício físico é seleccionado pelos Portugueses com uma instrução a nível secundário principalmente e também terciário (OR=7 e OR=5,34, relativamente aos inquiridos com um nível de instrução inferior), tendência esta que deixa de se verificar após ajuste para todas as variáveis significativas incluídas no modelo de regressão logística.

São os casados, quem mais opta só pela dieta para controlo do peso (OR=2,82, comparativamente com aos solteiros), o que após ajuste por regressão logística deixa de ter significado estatístico. O exercício físico é o método preferido dos solteiros ($p<0,001$). Os mais gordos e os que se sentem gordos seleccionam como método de eleição a dieta (OR=16,69 e OR=10,87, relativamente às classes de referência), o que se mantém após ajuste.

Para a conjugação de dieta e exercício físico, após controlo para as variáveis do modelo, apenas uma característica se destaca: é o método escolhido por aqueles que se sentem gordos (OR=2,31) em relação àqueles que se sentem magros.

Na análise multivariável excluiu-se da variável satisfação com a imagem corporal, a classe sente-se magro, pois ao reduzido número de indivíduos desta região, verificou-se que nenhum elemento respondeu afirmativamente a esta questão, o que nesta análise conduz a um estimador do erro padrão do quociente de regressão e consequentemente os intervalos de confiança para este estimador sejam pouco credíveis (Hosmer & Lemeshow, 1999).

Quadro 54
Odds Ratio e respectivos intervalos de confiança para os métodos de perda de peso:
dieta e sua conjugação com exercício físico

	Dieta			Exercício Físico + Dieta		
	OR	OR ajustado	IC 95%	OR	OR ajustado	IC 95%
<i>Sexo (Masculino)</i>	***	**				
Feminino	2,17	2,24	1,36 - 3,70	1,87	<i>ns</i>	
<i>Idade (15-34)</i>	***	***				
35-54	3,28***	3,42***	1,65 - 7,06	1,55	<i>ns</i>	
+55	4,73***	4,50***	2,14 - 9,48	0,47		
<i>Educação (1^o)</i>		***				
2 ^o	0,96	2,96***	1,61 - 5,45	1,97	<i>ns</i>	
3 ^o	0,86	3,90**	1,58 - 9,65	4,54		
<i>Classe Social (AB)</i>	*			*		
C1	0,59	<i>ns</i>		0,26	<i>ns</i>	
C2	0,52*			0,14		
DE	1,11			0,31		
<i>Estado Civil (Solteiro)</i>	**					
Casado / União de facto	2,82**	<i>ns</i>		0,39	<i>ns</i>	
Viúvo / divorciado	2,70*			0,74		
<i>Hábitos Tabágicos (Fumadores)</i>	*					
Ex-fumadores	0,47*	<i>ns</i>		1,85	<i>ns</i>	
Não fumadores	0,97			0,59		
<i>IMC (< 20)</i>	***	***				
20 - 24,99	1,80	1,16	0,23 - 5,75	4,29	<i>ns</i>	
25 - 29,99	5,38*	2,98	0,58 - 15,39	5,16		
≥ 30	16,69***	6,89*	1,16 - 38,01	0,01		
<i>Imagem corporal (Sente-se magro)</i>	***	*		**	**	
Sente-se normal	3,12	3,22	0,45 - 22,93	0,19	0,19	0,01 - 3,30
Sente-se gordo	10,87***	5,85	0,81 - 42,15	2,34	2,34	0,27 - 20,52
<i>Alimentação import. saúde (Não)</i>		<i>ns</i>			<i>ns</i>	
Sim	0,71			0,40		
<i>Peso corporal import. saúde (Não)</i>	***	<i>ns</i>			<i>ns</i>	
Sim	2,36			0,26		
<i>Activ. física import. saúde (Não)</i>	***	**			<i>ns</i>	
Sim	0,15	0,13	0,03 - 0,64	1,19		
<i>Activ. física import. ganho de peso (Não)</i>	0,83	<i>ns</i>		0,92	<i>ns</i>	
Sim						
<i>Portugal (Porto)</i>						
Lisboa	0,71			0,93		
Setúbal + Alentejo	0,93	<i>ns</i>		0,22	<i>ns</i>	
Algarve	0,58			0,001		
Litoral Norte e Centro	0,62			0,24		
Interior Norte e Centro	0,66			0,17		

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

ns: variável não significativa para o modelo final de regressão logística apresentado

Quadro 55
Odds Ratio e respectivos intervalos de confiança para o métodos de perda de peso
exercício físico

	Exercício Físico		
	OR	OR ajustado	IC 95%
<i>Sexo (Masculino)</i>	*	**	
Feminino	0,41	0,29	0,11 - 0,74
<i>Idade (15-34)</i>	*		
35-54	0,37	<i>ns</i>	
+55	0,32*		
<i>Educação (1ª)</i>	***		
2º	7***	<i>ns</i>	
3º	5,34*		
<i>Classe Social (AB)</i>	**	*	
C1	0,94	1,32	0,47 - 3,74
C2	0,19**	0,32	0,08 - 1,26
DE	0,07	0,14	0,008 - 2,38
<i>Estado Civil (Solteiro)</i>	***	***	
Casado / União de facto	0,91***	0,087***	0,025 - 0,22
Viúvo / divorciado	0,91*	0,12	0,01 - 1,30
<i>Hábitos Tabágicos (Fumadores)</i>			
Ex-fumadores	2,34*	<i>ns</i>	
Não fumadores	0,0019		
<i>IMC (< 20)</i>			
20 - 24,99	0,87	<i>ns</i>	
25 - 29,99	1,34		
≥ 30	2,05		
<i>Imagem corporal (Sente-se normal) a)</i>	**	**	
Sente-se gordo	3,98	5,03	1,78 - 14,25
<i>Alimentação import. saúde (Não)</i>			
Sim	1,06	<i>ns</i>	
<i>Peso corporal import. saúde (Não)</i>			
Sim	0,66	<i>ns</i>	
<i>Activ. física import. saúde (Não)</i>	*		
Sim	2,75	<i>ns</i>	
<i>Activ. física import. ganho de peso (Não)</i>			
Sim	1,28	<i>ns</i>	
<i>Portugal (Porto)</i>			
Lisboa	0,98		
Setúbal + Alentejo	1,19	<i>ns</i>	
Algarve	0,84		
Litoral Norte e Centro	0,53		
Interior Norte e Centro	1,40		

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

ns: variável não significativa para o modelo final de regressão logística apresentado

a) em termos de satisfação com a imagem corporal, para esta análise não se considerou a categoria sente-se magro.

5. Discussão

À porta de um novo século, em que a saúde e a sua promoção pela adopção de estilos de vida saudáveis, estão no centro da atenção da sociedade, em que se idealizam políticas e se estabelecem estratégias ambiciosas neste âmbito, a prática de actividade/exercício físico bem como a preocupação pela manutenção de um peso corporal adequado, aparecem na opinião dos Portugueses com uma importância reduzida no que se refere à sua influência sobre a saúde.

Embora nos últimos 20 anos Portugal tenha registado progressos assinaláveis em matéria de saúde, de que se destacam os indicadores materno-infantil e também em relação a algumas doenças crónico-degenerativas, estimadas em relação aos anos de vida perdidos, a comparação com os restantes países da União Europeia, coloca o país numa situação desfavorável relativamente à maior parte dos indicadores de saúde, ocupando a última posição em relação a muitos deles (Ministério da Saúde, 1998).

Assim, algumas situações patológicas onde Portugal detinha posições relativamente favoráveis (doença isquémica do coração, por exemplo) têm vindo a agravar-se. O nosso país tende, cada vez mais, para a reprodução dos problemas de saúde das sociedades urbanizadas e industrializadas: compressão da mortalidade, associada ao aumento da esperança de vida, sinistralidade e problemas relacionados com atitudes e comportamentos (Ministério da Saúde, 1998).

Sendo a doença cerebrovascular a principal causa de morte em Portugal, é igualmente no nosso país que se assiste às mais altas taxas de mortalidade por esta patologia na Europa, cerca do dobro de Espanha, porém inferiores aos países do norte da Europa e dos Estados Unidos (Marinho Falcão et al., 1999).

Para além deste padrão de mortalidade surgem com grande prevalência, hipertensão, varizes, obesidade, osteoporose, diabetes, diverticulose, calculose biliar entre outras (Gonçalves Ferreira, 1989).

Tendo em atenção esta situação, é necessário que os Governantes concentrem uma maior atenção neste perfil de morbilidade e mortalidade, que ocasiona gastos muito elevados devido à perda de produtividade por morte prematura, absentismo no trabalho e hospitalização, e que tem como principal factor de risco um determinado estilo de vida (Gonçalves Ferreira, 1989).

A Comissão das Comunidades Europeias, refere que *“as pessoas da União Europeia possuem actualmente uma maior longevidade e revelam estilos de vida mais saudáveis que anteriormente”* (Comissão da Comunidades Europeias, 1998). No entanto, Portugal não parece enquadrar-se neste padrão.

Apesar disto, verificou-se que na União Europeia nas últimas três décadas, que as despesas com cuidados de saúde quase duplicaram, oscilando entre os 5 e os 10% do total dos gastos nos diferentes estados membros (Comissão da Comunidades Europeias, 1998).

Como foi referido na Introdução, este estudo insere-se num projecto Pan-Europeu sobre atitudes e comportamentos da população de todos os estados membros da União Europeia, face à actividade física, peso corporal e saúde.

Se, no universo da União Europeia, os resultados finais não são, no seu todo, alarmantes, nem a necessidade de intervenção tão premente, ao analisarmos a situação Portuguesa, bem como a de outros países europeus da bacia do Mediterrâneo, os dados sugerem a necessidade de intervir urgentemente pois caminhamos para um futuro pouco animador, confrontados com graves problemas de sedentarismo, excesso de peso e as suas já conhecidas consequências.

O intuito deste estudo é então contribuir para a elaboração de um instrumento de trabalho, que tenha como finalidade a implementação de medidas direccionadas à nossa população na tentativa de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos nas áreas da promoção de estilos de vida activos e prevenção da obesidade.

No entanto, tal como qualquer outro projecto, este, encerra também limitações e possíveis vieses que passamos a discutir.

A amostragem deste estudo foi feita pelo método das quotas, um método não probabilístico. Este tipo de amostragem tem como vantagem a facilidade e rapidez com que se obtém uma amostra de grandes dimensões, representativa nacionalmente, atendendo aos parâmetros seleccionados e, a baixo custo (Cochran, 1977).

Nesta amostragem a proporção de elementos que possuem uma determinada característica é aproximadamente igual à proporção de indivíduos do universo para essa mesma característica, tentando assim garantir a sua representatividade. Porém este método também tem desvantagens pois esta amostra pode não refletir aspectos que, a não terem sido tomados em consideração na definição das quotas, poderiam ter afectado a sua representatividade. Pensamos não ser esse o caso uma vez que os parâmetros usados na definição das quotas (distribuição etária, por género, região, etc) constituem os aspectos fundamentais de um estudo deste tipo (Cochran, 1977).

De igual modo, o entrevistador pode provocar vieses pela tendência em escolher certo tipo de inquiridos em detrimento de outros, por simpatia pessoal ou por maior acessibilidade. Também para rentabilização do seu tempo, pode ser levado a fazer entrevistas à mesma hora do dia, levando à subvalorização dos inquiridos que trabalham.

O facto da realização das entrevistas ser feita porta a porta, pode levar à tendência para evitar andares mais altos, nos edifícios sem elevador e seleccionar prédios com melhor aparência (Mucchielli, 1979; Reis & Moreira, 1993; Vicente et al., 1996). No entanto, neste estudo, a empresa encarregue da recolha de dados refere ter tido em consideração todas estas tendências, investindo na adequada formação dos inquiridores e controlando o processo de recolha de informação. Assim, a selecção dos inquiridos é feita aleatoriamente pelo telefone até ao preenchimento das quotas, e só posteriormente são contactados no domicílio para a recolha da informação.

Tratando-se de um estudo exploratório a nível Pan-Europeu optou-se por proceder à recolha da informação quanto ao peso, estatura e actividade física no lazer e no trabalho por auto-avaliação dos inquiridos. Apesar de se poder considerar que esta avaliação tem uma precisão "moderada", considerou-se que para os objectivos pretendidos, as vantagens suplantam os inconvenientes (Kearney et al., 1997; Kearney et al., 1999).

Gionet e Godin (1989) validaram a quantificação por auto-avaliação da actividade física praticada por um grupo de 551 indivíduos através de outras medidas, o que lhes permitiu concluir que, para tentar quantificar o comportamento face à actividade/exercício físico, a enumeração da actividade praticada pelo próprio revelou-se um método útil, simples e fiável (Gionet & Godin, 1989).

Para Laporte, 1985 e Ainsworth et al., 1994, a auto-percepção da actividade física quer no geral quer quantitativamente, é uma boa opção para medir actividade física em grandes grupos populacionais (Laporte et al., 1985; Ainsworth et al., 1994).

No entanto, Klesges mostrou existir uma tendência para subestimar as actividades sedentárias e sobrestimar as aeróbicas, principalmente por parte da população masculina, verificando-se também uma subestimação por parte dos obesos (Klesges et al., 1990).

A auto-declaração do peso e da estatura e posterior cálculo do IMC também pode resultar numa imagem distorcida da realidade (Hill & Roberts, 1998; Ramos & Barros, 1998). Quanto ao peso, as mulheres têm tendência a sobrevalorizar valores baixos e a subvalorizar valores elevados enquanto que os homens valorizam um peso corporal acima do real (Perry et al., 1995). A altura é habitualmente sobrestimada. No entanto, para grandes amostras populacionais alguns autores referem grande concordância entre os valores auto-declarados e os medidos (Jeffery, 1996).

Apesar de neste estudo se ter procurado que os inquiridos considerassem actividade física no sentido mais lato, a grande variação nas respostas parece evidenciar que esse entendimento não foi completo. Assim, observou-se que dos indivíduos sedentários 10% consideravam estar no estadio de manutenção, isto é, activos há mais de 6 meses e, pelo contrário, dos mais activos (a praticarem mais de 3,5 horas por semana), 25% se classificaram no estadio de pré-contemplação, isto é, referiam não ser fisicamente activos nem pretenderem sê-lo no futuro próximo.

Este facto pode ter origem no conceito de que praticar actividade física está associado a um estereotipo "tipo desportivo", significando uma "obrigatoriedade do uso de fato de treino e frequentar um ginásio". Sendo assim, muitos inquiridos não consideram praticar qualquer tipo de actividade. Mas, confrontando-se com uma variedade de actividades simples, como o andar a pé, jardinagem, pesca ou até mesmo andar de bicicleta, os Portugueses tendem a revelar-se como envolvidos nesse tipo de actividades.

De igual modo, o conceito de jardinagem, pelo elevado número de idosos que referem praticá-la, parece ter sido entendido de uma forma mais abrangente, incluindo o cuidar de uma pequena horta ou quintal.

Vários autores realçam uma predisposição sazonal para o envolvimento na actividade/exercício físico bem como na prática das diferentes actividades. Será que o facto da recolha destes dados ter ocorrido no final do mês de Março e início de Abril terá influenciado os presentes resultados? (Dannenberg et al., 1989; Stephens & Caspersen, 1994). Se assim fosse, nos meses mais frios o sedentarismo poderia estar ainda mais aumentado.

No que se refere à enumeração dos benefícios associados à actividade física verificou-se que os não activos não os referiam uma vez que havia uma opção para o seu caso. No entanto, em estudos futuros, se o que se pretender for saber quais as vantagens que

os indivíduos associam a uma vida activa, uma questão deste tipo deverá ser reequacionada.

Factores que influenciam a saúde

No presente estudo a alimentação foi o factor mais referido pelos participantes como tendo influência na saúde (60%), seguido dos hábitos tabágicos (26%) e do stress (21%). O peso corporal foi o 6º factor referido por 16% dos Portugueses e a actividade física o 7º, escolhido por apenas 11% dos inquiridos.

A nível Europeu verificamos um panorama diferente, com a actividade física muito valorizada em países como a Finlândia e Dinamarca onde 44% e 36% respectivamente dos cidadãos a refere como o principal condicionante da saúde. Porém, na maior parte dos casos: Reino Unido (25%), Suécia (31%), Áustria (23%), Alemanha (20%), Irlanda (31%) e Holanda (16%) a prática de actividade/exercício físico é seleccionada em 4º lugar numa lista de 8 possíveis causas influenciadoras da saúde (Kafatos et al., 1999; Margetts et al., 1999).

À semelhança do que acontece em Portugal, a pouca valorização atribuída à actividade/exercício físico encontra-se no Luxemburgo (11%), Itália (9%) e Grécia (9%). 15% dos Espanhóis, Franceses e Belgas assinalam a importância da actividade/exercício físico para a saúde (Kafatos et al., 1999; Margetts et al., 1999).

No nosso país, a relevância da actividade/exercício físico e a sua relação com a saúde é reconhecida pelos indivíduos com maior grau de escolaridade, pertencentes à classe alta (20,5%) e os praticantes de actividade/exercício físico. A distribuição por regiões também não é uniforme, sendo a adesão mais evidente na Grande Lisboa e no Algarve. A importância para a saúde atribuída pelos Algarvios e Lisboetas é concordante com a sua elevada participação, num número de horas semanais superior a 3,5.

São as mulheres, os mais velhos, os indivíduos de menor instrução e aqueles com o índice de massa corporal mais elevado que mais relacionam saúde com peso corporal, quer na Europa, quer em Portugal. Esta relação é referida com maior frequência por parte dos Portugueses que fumam e, no contexto Europeu, é mencionada principalmente pelos ex-fumadores ou não fumadores (Kafatos et al., 1999; Margetts et al., 1999).

Para Portugal, identificaram-se também como factores associados à importância atribuída ao peso corporal para a saúde, a classe socioeconómica média, o estado civil, viúvo/divorciado, a magreza e a obesidade, a satisfação com a imagem corporal, os inquiridos que se sentem gordos e também com a região do país, Lisboa, Interior Norte e Centro e, Alentejo e Setúbal, regiões de maior percentagem de IMC superior à normalidade. O facto da importância atribuída ao peso corporal ser mais evidente nas populações com excesso de peso é apoiado por outros estudos (Kumanyika et al., 1993).

No presente estudo, verificou-se que os inquiridos que consideravam a actividade física importante para a saúde, não mencionavam a importância do peso corporal e vice versa, sendo estas diferenças estatisticamente significativas.

Portugal parece acompanhar a tendência Europeia para valorizar em termos de importância atribuída à saúde, questões que se prendem com os hábitos tabágicos e alimentares, stress e ingestão de bebidas alcoólicas, provavelmente devido ao efeito da informação difundida ao longo dos anos (Kafatos et al., 1999; Margetts et al., 1999).

Como consequência deste facto, ao veicular mensagens que se prendam com a promoção de estilos de vida activos, teremos que nos encaminhar para as expectativas acima assinaladas ou mesmo tentar criar novos interesses na nossa população. Para tal a promoção da actividade física deverá ser transmitida de uma forma indirecta aos seus alvos, por exemplo referir que a prática de actividade/exercício físico é uma óptima forma de combater o stress.

Factores que influenciam o ganho de peso

Verificou-se que os principais factores identificados como influenciadores do aumento do peso corporal se relacionavam com a alimentação em geral (34%) ou seus aspectos específicos, como a ingestão de gorduras (44%), de açúcar (23%) e de bebidas alcoólicas (12%). De novo a actividade física é identificada apenas por uma pequena percentagem da amostra (11%).

A nível Europeu, novamente se distinguem dois grandes grupos de atitudes face à relação peso corporal e actividade física. Por um lado, os países a Norte da Europa, na sua maioria adeptos desta relação, de que se destaca mais uma vez a Finlândia, onde a actividade/exercício físico é tida como o principal determinante do ganho de peso em 51% desta população, seguida da Suécia e da Dinamarca (33% e 27%, respectivamente). Neste grupo podemos ainda incluir países como a Irlanda e o Reino Unido em que 26% e 21% da população refere a actividade como condicionante do peso corporal (Kafatos et al., 1999; Margetts et al., 1999).

No outro extremo, quanto à influência da actividade física no peso corporal temos novamente os países do Sul, onde Portugal, Itália (9%), Grécia (9%) e Espanha (12%), se destacam pela pouca importância atribuída à relação acima descrita (Kafatos et al., 1999; Margetts et al., 1999).

Do modelo de regressão logística para os efeitos de diversas variáveis na concordância com a actividade física ser importante para a manutenção do peso corporal, destacam-se como mais significativas, a educação ($p < 0,01$) à custa dos indivíduos mais instruídos relativamente aos menos, classe social ($p < 0,01$) principalmente à custa da classe média, relativamente à alta, estado civil ($p < 0,001$) especialmente os solteiros, hábitos tabágicos ($p < 0,01$) fundamentalmente os ex-fumadores e também os não fumadores, IMC ($p < 0,001$) sobretudo os indivíduos que têm sobrecarga relativamente aos magros, o facto de estarem a tentar perder peso ($p < 0,01$), de se encontrarem envolvidos em actividade/exercício físico ($p < 0,05$) e também a região do país ($p < 0,001$),

principalmente mais valorizado no Interior e Litoral Norte e Centro do país e menos no Grande Porto.

No contexto Europeu a alimentação é o factor considerado mais relevante não só para a saúde, como também para a manutenção do peso corporal. Provavelmente, esta identificação deve-se a um investimento e uma atenção dada a este importante determinante da saúde, em detrimento da promoção de estilos de vida mais activos (Kafatos et al., 1999; Margetts et al., 1999).

Benefícios da actividade física para a saúde e controlo de peso corporal

Curiosamente, apesar da actividade física ser considerada apenas em 7º lugar como factor influenciador da saúde, a quase totalidade da amostra Portuguesa (96%) assim como da Europeia, concorda que a actividade física tem inúmeros benefícios para a saúde. No entanto é ainda vista apenas com um alcance limitado pois quase metade da amostra (44%) só lhe atribui benefícios se levar à perda de peso (Kafatos et al., 1999; Margetts et al., 1999).

É preocupante que 55% da amostra Portuguesa não veja necessidade de praticar actividade/exercício físico, à semelhança do que acontece na Alemanha, Dinamarca (57%) e da Bélgica (53%). (European Commission, 1999). Tendo em conta os baixos níveis de participação em actividade/exercício físico em Portugal, acrescidos da tendência de não tencionar envolver-se em qualquer actividade, revelam um estilo de vida sedentário da população (Kafatos et al., 1999; Margetts et al., 1999).

Promoção da actividade física através de uma campanha local

A maioria da população Portuguesa (63%) considera que o desenvolvimento de uma campanha local de promoção da actividade física poderia levá-las a uma maior participação. Dos outros países da União Europeia, dão mais relevo a esta questão, os Gregos (68%), os habitantes da Irlanda (54%), Espanha (48%) e Itália (43%). Alguns dos

países em que há taxas mais elevadas de participação, tal como a Áustria e a Holanda mostraram-se menos sensíveis a este tipo de promoção (Kafatos et al., 1999; Margetts et al., 1999).

Neste estudo verificámos ser os homens, indivíduos de menor idade, de escolaridade a nível secundário e que assinalam estar envolvidos na prática de actividade/exercício físico, quem mais concorda com esta afirmação. Na União Europeia não se encontraram diferenças em termos de género nem de escolaridade, mas foram também os mais novos quem mais concordou com esta afirmação (Kafatos et al., 1999; Margetts et al., 1999).

É em Lisboa e no Interior Norte e Centro de Portugal, comparativamente com o Grande Porto, que maior número de indivíduos assinalam a realização de uma campanha local como um bom promotor de estilos de vida activos, e o contrário é mais frequente na região de Setúbal e Alentejo, curiosamente a região do país com maiores níveis de sedentarização e onde a população também não parece ser sensível a campanhas de promoção.

O IMC é um determinante importante ($p < 0,01$) desta variável, sendo os mais magros os mais adeptos a essa realização, bem como os solteiros e da classe média ($p < 0,001$), relativamente à classe AB. São também indivíduos que consideram essencial para a saúde a manutenção do peso ($p < 0,001$).

Pode concluir-se que os Portugueses que não se encontram envolvidos em práticas de actividade/exercício físico, não a consideram importante para a saúde, como também não se mostram sensíveis à sua promoção.

Na Escócia foi organizada uma campanha com vista à promoção da actividade andar a pé, cujo grupo alvo foram os sedentários dos 30 aos 55 anos. Esta campanha foi apoiada pelos *mass media*, envolvendo anúncios publicitários bem como disponibilização de linhas telefónicas próprias para se esclarecerem eventuais dúvidas.

O impacto foi notável em termos da percepção da importância de andar como uma forma de actividade/exercício físico, mas não se repercutiu sobre o comportamento, ou seja, a efectividade da prática desta actividade (Wimbush et al., 1998).

Por outro lado Young et al, investigaram o efeito de um projecto comunitário de promoção da actividade física, realizado na Califórnia, durante 5 anos, em que a intervenção não foi bem sucedida, devido ao facto de não ter sido elaborada de acordo com o grupo alvo a quem se destinava, encontrando-se desinserida do contexto sociocultural. (Young et al., 1996).

Na realidade, a modificação do estilo de vida dos indivíduos é uma tarefa difícil em que diversos factores estão em jogo e têm que ser equacionados no planeamento das intervenções.

Atitude/comportamento face à actividade física

A actividade física é um comportamento complexo, determinado por variados factores provocando diferentes respostas fisiológicas e comportamentais em cada ser humano.

No presente estudo, no que se refere à atitude dos inquiridos face à actividade física, observamos que a grande maioria tem consciência de que não é fisicamente activa, mas não tencionam modificar este comportamento, 46% dos Portugueses. 6% dos entrevistados encontravam-se nas fases de decisão/acção, sendo fisicamente activas apenas 23% da amostra.

Em Portugal, tal como no resto da Europa, são as mulheres, os mais velhos e aqueles que têm menor escolaridade, os indivíduos que mais se encontram no estadio de precontemplação. Quanto à distribuição regional são os habitantes da Grande Lisboa e do Interior Norte e Centro quem mais refere esta situação. Provavelmente os motivos para este facto são distintos pois, se na capital a não prática poderá ter que ver com questões de trabalho bem como com a falta de tempo devido à distância quase sempre

existente entre a casa e o local de trabalho, no Interior pode ter que ver com o desconhecimento da importância da actividade física para a saúde e mesmo a falta de condições para a sua prática (Kearney JM et al., 1999a).

As principais causas associadas ao estadio de pré-contemplanção na população Portuguesa são a idade ($p < 0,001$), à custa dos indivíduos mais velhos comparativamente aos mais novos, a classe social onde se destacam os Portugueses pertencentes à classe social mais baixa ($OR=2,67$) comparativamente à classe AB, a satisfação com a imagem corporal ($p < 0,05$), ou seja os que se sentem bem em relação com os que se sentem magros, o facto de considerarem o peso corporal importante para a saúde ($p < 0,01$), comparativamente com os que discordam desta afirmação, bem como a residência nas diferentes regiões do país ($p < 0,001$). São os residentes na Grande Lisboa e Interior Norte e Centro, comparativamente aos habitantes do Grande Porto que se encontram em maior proporção neste estadio.

No cenário Europeu, Portugal e Grécia têm as mais elevadas percentagens de indivíduos no estadio de pré-contemplanção (46%), seguidos da Bélgica (44%), França (38%), Espanha (33%) e Luxemburgo (30%) (Kearney JM et al., 1999).

Por outro lado, apresentam uma maior proporção de indivíduos no estadio de manutenção, ou seja, são fisicamente activos há mais de 6 meses, países como a Irlanda, onde 47% dos inquiridos refere ser activo, Reino Unido (41%), Itália (39%) e Dinamarca (38%). Dos indivíduos que estão no estadio de contemplanção, a maior percentagem foi encontrada em países como a Finlândia (22%) e a Suécia (20%) (Kearney JM et al., 1999a).

No estadio de manutenção encontram-se 47% de Irlandeses e 41% dos Ingleses, cerca do dobro dos encontrados em Portugal (21%) (Kearney JM et al., 1999a).

Salienta-se mais uma vez que em Portugal não se confere importância à actividade física, não se sente a necessidade da sua promoção e, a grande maioria não só não se encontra envolvido nesta prática como também não tenciona vir a estar.

Frequência da prática de exercício físico

Quanto ao número de horas semanais de actividade/exercício físico podemos verificar que o padrão de distribuição dos Portugueses, tal como o de outros Europeus, se situa em dois extremos, os que não praticam, sendo estes a maior percentagem verificada em Portugal (60%), Grécia (40%), Itália e Bélgica (38%) e aqueles que praticam mais do que 3,5h, sendo a maior proporção de indivíduos encontrada na Finlândia (84%), Suécia (83%) e Irlanda (80%) (de Almeida et al., 1999).

Grande percentagem de sedentarismo foi também encontrada em Espanha (37%), França (35%) e Alemanha (30%). Por outro lado, na Finlândia e na Suécia os não activos são apenas 8% e 10% respectivamente (de Almeida et al., 1999).

Em todos os países da Europa, a percentagem de praticantes em número de horas superiores a 3,5 horas por semana, é sempre superior à percentagem dos sedentários (de Almeida et al., 1999). Portugal representa a única excepção, na medida em que 60% dos participantes são sedentários e só 30% refere praticar mais de 3,5 horas por semana.

Na União Europeia, o não envolvimento na actividade/exercício físico parece mais evidente no sexo feminino, nos indivíduos com menor escolaridade e tende a aumentar com a idade, tal como descrito nos estudos de Stephens et al., Sallis et al., Pate et al. e Barcelos (Stephens et al., 1985; Sallis et al., 1985; Pate et al., 1995; Barcelos, 1997). O mesmo se verifica em Portugal mas as percentagens desta tendência são mais elevadas.

Outro estudo realizado em 1998, numa amostra da população Portuguesa em indivíduos entre os 15 e os 65 anos, cuja recolha dos dados foi feita por entrevista telefónica, é também elucidativo quanto ao sedentarismo generalizado da nossa população, tendo sido encontrados cerca de 59,3% de Portugueses classificados como *menos activos* (Branco et al., 1999).

Em oposição ao que se passa com o sedentarismo, mais pessoas do sexo masculino, com nível de escolaridade superior e de menor idade, indicam praticar mais de 3,5 horas de actividade/exercício físico, quer em Portugal quer na Europa (de Almeida et al., 1999).

Stephens et al., 1994, mencionam que as diferenças entre géneros são mais pequenas quando se trata de actividades de intensidade moderada comparativamente com a prática de actividades mais intensas, sendo os homens os mais envolvidos nestas últimas. Este investigador refere, no entanto, que para a população do Canadá e da Finlândia, a percentagem de seniores a praticar actividade física é superior à dos jovens, e que esta tendência tende a manter-se na actualidade. Parece que o aumento da escolaridade influencia a prática de actividade física, com excepção da Finlândia onde não existe diferença na participação atendendo à instrução (Stephens & Caspersen, 1994).

Calejo, num estudo realizado em Portugal com população idosa, encontrou, tal como noutros estudos, uma grande prevalência de sedentarismo nesta população que tende a agravar-se atendendo ao local de residência. Assim, os indivíduos a residir em lares apresentavam uma menor actividade que os que residiam no seu domicílio (Calejo, 1997).

Salientam-se no presente estudo como principais factores condicionantes do envolvimento em qualquer tipo de actividade/exercício físico o género masculino, instrução a nível superior, o facto de ser solteiro e o IMC abaixo da normalidade

($p < 0,001$) tal como tem sido encontrado noutros estudos (Sallis et al., 1985; Glyptis, 1992; Sardinha & Teixeira, 1995; Dishaman & Sallis, 1994).

Atendendo à satisfação com a imagem corporal são os indivíduos que se sentem magros quem mais refere a prática de actividade/exercício físico. Estão também associados ao envolvimento em actividade/exercício físico, a pertença às duas classes sociais mais elevadas, considerar-se a actividade física importante para a saúde, e ganho de peso e estarem a tentar perder peso ($p < 0,05$).

Um estudo de Steptoe et al., realizado no Reino Unido, mostrou que, em estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, a importância da actividade física e sua relação com a saúde e com o peso corporal era bem compreendida principalmente por aqueles que estavam envolvidos na prática de actividade/exercício físico. Neste estudo a prevalência desta prática era de 73% no sexo masculino e 68% no sexo feminino (Steptoe et al., 1997).

No "Healthy People 2000" podemos encontrar uma prevalência de sedentarismo que ronda os 24% da população Americana, 54% não tinha níveis de actividade considerados benéficos. Assim, só cerca de 22% desta população era fisicamente activa (US Department of Health and Human Services, 1996). No *New Jersey Behavioral Risk Factor Surveillance System*, numa análise feita entre 1991 e 1994, foram encontrados cerca de 42% da população envolvida em actividade/exercício físico, mas com uma grande variabilidade na prática em termos de níveis de educação e de faixas etárias (New Jersey Department of Health and Senior Services, 1996).

Stephens et al., 1994, revela que estudos realizados entre 1989 e 1991, na Austrália, Canadá, Inglaterra e Estados Unidos ilustram uma percentagem muito baixa (10%) de indivíduos "aerobicamente activos", ou seja, envolvidos em actividade vigorosa pelo menos 3 vezes por semana em sessões compreendidas entre os 20 e os 30 minutos. Na Finlândia esta percentagem é ligeiramente superior rondando os 15%. Segundo este investigador um terço da população dos países acima mencionados encontra-se

envolvido em actividades de intensidade moderada, sendo que na Finlândia metade da população se encontra nesse nível. A prevalência do sedentarismo é de cerca de um terço a um quarto na população adulta, excepto para países como a Inglaterra e a Finlândia onde é inferior (Stephens & Caspersen, 1994).

Dannenberg et al., no estudo de Framingham, demonstram existirem variações quanto ao número de horas de prática e à selecção das próprias actividades atendendo à sazonalidade, sendo o número de horas de prática superior no Verão, bem como havendo uma maior versatilidade das actividades escolhidas nesta época do ano (Dannenberg et al., 1989).

Verifica-se assim uma grande variabilidade na prática de actividade/exercício físico no mundo ocidental.

Vários autores são unânimes em considerar que a adopção de estilos de vida mais activos, podem reduzir o risco de morte prematura por patologias diversas contribuindo assim para a qualidade de vida, sendo que alguma actividade é melhor que nenhuma (Durnin, 1992; Blair et al., 1995, Blair & Connely, 1996; Katznel et al. 1995; Arraiz et al., 1992)

Distribuição da prática de exercício físico por actividades

Dos 40% de Portugueses que referem ter participação em actividade/exercício físico, as actividades mais praticadas foram andar continuamente a pé durante 30 minutos (48,9%), futebol (25,5%), natação (10,5%), pesca (9,9%), ginástica aeróbica (8,9%) e jardinagem (8,3%). As restantes actividades foram referidas por menores percentagens de inquiridos. No espaço comunitário, Portugal é o país que se encontra envolvido em menor proporção em todas as actividades excepto no caso do futebol em que a participação Portuguesa só é ultrapassada pela Irlanda (de Almeida et al., 1999).

Para a grande maioria dos países envolvidos neste estudo, andar a pé continuamente mais de 30 minutos, foi a opção mais seleccionada, excepção feita para a Finlândia onde foi a jardinagem e, para a Alemanha e Holanda onde o ciclismo/cicloturismo é a actividade mais praticada (de Almeida et al., 1999).

São visíveis as diferenças em termos de género, grupo etário e escolaridade, na selecção das diferentes actividades, quer no estudo Português, quer no Europeu (de Almeida et al., 1999). Também se encontram diferenças marcantes no presente estudo em termos de actividades seleccionadas pelas diferentes classes sociais, confirmadas por Glyptis quando se refere à população Inglesa (Glyptis, 1992).

No presente estudo sobressai que actividades como andar a pé, ginástica aeróbica, dança e desportos equestres são escolhas maioritariamente femininas, invertendo-se esta situação ao falarmos de futebol, pesca, ciclismo/cicloturismo. Verificámos que a participação na natação era independente do género. Também nos restantes países da União Europeia surgem actividades onde a participação feminina é mais elevada, à semelhança de Portugal, com a excepção dos desportos equestres, em que na União Europeia parece não existir diferença atendendo ao sexo e da natação que, para a média Europeia, tem uma participação maioritariamente feminina (de Almeida et al., 1999).

O aumento da idade é acompanhado de uma diminuição da participação em todas as actividades, invertendo-se esta situação apenas para andar a pé e jardinagem. Sendo a primeira a actividade onde estão envolvidos a grande maioria dos idosos Portugueses e Europeus e se tem evidenciado os seus benefícios, deveria investir-se na sua promoção para incentivar uma vida mais activa nesta faixa etária (Morris & Hardman, 1997; Hakim et al., 1998; de Almeida et al., 1999).

Stephens et al., 1985, descreve na população Norte Americana, por ordem decrescente de participação nas diferentes actividades, o caminhar, a natação, ginástica rítmica, o

ciclismo/cicloturismo, jogging, bowling e softball¹. Este investigador refere que a dança e a jardinagem não se encontram na lista das actividades mais praticadas. Estudos feitos mais recentemente revelam tendências semelhantes (Stephens et al., 1985; Pate & Macera, 1994).

Uma revisão da literatura feita por Stephens & Carpersen, 1994, assinala alteração nos padrões das actividades entre 1980 e 1990, mencionando um decréscimo das actividades mais intensas em prol das mais moderadas, na população do Canadá. O jogging que anteriormente representava uma actividade com grande popularidade neste país, perdeu para actividades como a jardinagem, a dança e o bowling. Pelo contrário, na Austrália, ao longo destes anos não se verificaram diferenças nas intensidades das actividades praticadas e nos Estados Unidos, houve mesmo um ligeiro aumento da prática das mais intensas (Stephens & Caspersen, 1994).

O estudo de Framingham, ilustra diferenças acentuadas nas actividades escolhidas atendendo ao sexo. Assim, os homens encontravam-se envolvidos na jardinagem, carpintaria, golfe e jogging e as mulheres também em jardinagem, natação, ginástica de manutenção, dança e ciclismo/cicloturismo. No entanto para ambos os sexos a actividade mais comum era o andar a pé. Como anteriormente se referiu a participação nestas actividades decrescia nas estações mais frias do ano (Dannenberg et al., 1989).

Níveis de inactividade nos tempos livres

Os níveis de inactividade nos tempos livres, evidenciam uma percentagem de indivíduos que passam mais do que 3 ou 4 horas sentados, conforme se trata de dias de trabalho ou de lazer (31% e 38%, respectivamente), sendo nos dias de descanso aqueles em que maior número de indivíduos indica estarem sentados mais tempo.

¹ "Softball" é uma actividade semelhante ao basebol mas praticada pela população feminina.

Eram os Portugueses que se encontravam envolvidos em actividade/exercício físico, aqueles que passavam sentados nas horas livres dos dias de trabalho.

No contexto Europeu verificamos que no tempo livre dos dias de trabalho são os Portugueses quem mais apresenta uma maior percentagem de inquiridos que não se senta (20%), seguido de apenas 5% dos Italianos. Um número de horas sentado superior a 3 é indicado por cerca de metade dos Holandeses (52%) e por 49% dos Alemães (European Commission, 1999).

No cenário Português estes dados poderiam considerar-se positivos, no entanto esta percentagem poderá referir-se ao número de horas que estão à espera e a viajar no autocarro, ou a executar tarefas domésticas como ir às compras ou cozinhar, por exemplo.

Nos dias de lazer, 51% e 50% dos Holandeses e Alemães passam mais do que 4 horas sentados, bem como 45% dos Dinamarqueses e 40% dos Suecos e Espanhóis (European Commission, 1999).

Níveis de actividade diária

Dos 1007 inquiridos Portugueses verificou-se que a maioria 50,9% refere não passar tempo nenhum em actividades mais exigentes que estar sentado ou de pé. Pelo contrário, 36% permanece em pé no trabalho mais do que 6h/dia e 49% trabalho sentado entre 2 a 6 horas diárias.

O panorama Europeu mostra que todos os habitantes dos países intervenientes no estudo, passam entre 2 a 6 horas do seu tempo sentados nos seus locais de trabalho; sendo os Belgas e os cidadãos do Luxemburgo que têm a maior proporção de inquiridos, que estão sentados mais do que 6 horas (26% e 25% respectivamente). Porém, 11% dos habitantes da Finlândia e também do Luxemburgo mencionam não estarem sentados nos seus tempos de trabalho (European Commission, 1999).

Quanto a estarem de pé no trabalho, verificamos que também aqui em todos os países da Europa assinalam em maior percentagem um número de horas compreendido entre 2 e 6 horas; sendo os Portugueses e os Franceses quem passa um maior número de horas de pé (36% e 33%) (European Commission, 1999). Este facto poderá ser também uma possível explicação para a não prática de actividade/exercício físico uma vez que já passam um grande número de horas de pé.

Comparando com os demais países da União Europeia, Portugal enquadra-se no grupo que menciona com maior frequência não fazer um esforço superior a estar de pé ou sentado, à semelhança do que acontece na França, Luxemburgo, Espanha e Suécia (European Commission, 1999).

O estudo realizado em 1998 por Branco et al., na população Portuguesa em indivíduos cujas idades estão compreendidas entre os 15 e os 65 anos, também procurou avaliar de uma forma global a actividade física realizada nas actividades diárias. Tendo-se concluído que Portugal não só não praticava qualquer tipo de actividade fora do trabalho como também cerca de 70% dos inquiridos revelavam uma actividade diária baixa. Porém os investigadores mencionam um certo equilíbrio em termos de actividade, pois os Portugueses com actividades mais sedentárias no trabalho tentavam compensar esse sedentarismo com actividades realizadas nos tempos livres (Branco et al., 1999).

Principais razões para a prática de actividade/exercício físico

Apesar da manifesta não participação em qualquer modalidade, verificamos que os principais benefícios atribuídos pelos Portugueses à prática de exercício físico se prendem com a manutenção da saúde (21%), com o facto de o exercício físico relaxar (18%), factores também mencionados por Dishamn, 1985, e também para estar ao ar livre (15%). O convívio foi referenciado por 12% dos inquiridos. Pate et al. e Dishamn, assinalam a relação entre a prática de actividade física e o divertimento razão

mencionada por 8% da nossa população (Dishaman et al., 1985; Dishaman & Sallis, 1994; Pate et al., 1995).

Nos outros países da União Europeia, os benefícios reconhecidos à actividade/exercício físico assemelham-se aos encontrados na nossa população. Pelo contrário, estar em forma é mais referido por parte de todos os outros Europeus mas em Portugal só 8% da população faz referência a este facto. São os Espanhóis quem assinala em maior número a importância da actividade/exercício físico para a manutenção da saúde (55%), para os habitantes do Luxemburgo, o relaxar (41%) e para os Suecos, o estar em forma (36%) (Zunft et al., 1999).

O controlo do peso corporal como um dos benefícios da actividade/exercício físico é a razão apontada em 2º lugar pela população Grega (25%), ao contrário do que se verifica nos restantes países da União Europeia em que este factor não foi pressentido como um dos principais benefícios atribuídos à actividade/exercício físico. A par do que sucede no resto da União Europeia, em Portugal, parecem ser as mulheres quem mais o refere (Zunft et al., 1999).

Esta vantagem da actividade física foi indicada principalmente nos Portugueses com idades compreendidas entre os 35 e 54 anos, com instrução a nível secundário, que consideravam a alimentação ($p < 0,05$) e o peso corporal determinantes da saúde ($p < 0,001$) e estavam a tentar perder peso. Em termos de distribuição regional são os inquiridos a residir na Grande Lisboa e os do Algarve quem mais o indica.

Principais barreiras à prática de actividade física

O principal motivo referido para a não participação por parte da população Portuguesa, prende-se com o facto de não se considerar do tipo desportivo e também com motivos profissionais ou de estudo. A idade e a doença foi o motivo que 21% da população referiu.

A falta de tempo devido ao trabalho ou ao estudo é o mais importante determinante da não prática de actividade/exercício físico descrito nos estudos de Pate et al. e Dishman et al., tal como a doença (Dishaman et al., 1985; Dishaman & Sallis, 1994; Pate et al., 1995).

Ao compararmos estes dados com os Europeus podemos identificar diferentes factores limitantes à prática de actividade/exercício físico. Razões profissionais ou de estudo são as mais indicadas em 9 países da Europa, principalmente por parte dos Italianos (46%), enquanto que o facto de não se “sentirem desportistas” é mais evidente por parte dos cidadãos Belgas e Alemães (33%). Motivos de saúde e não se sentirem aptos devido à idade foram apontados por 26% e 21% dos Espanhóis, respectivamente (Zunft et al., 1999).

Em Portugal, a inexistência de condições para a prática de actividade/exercício físico foi apontada como uma barreira à sua prática fundamentalmente por indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e 54 anos, mas também pelos mais velhos. As diferenças regionais para esta variável foram também significativas ($p < 0,001$), sendo de realçar uma maior referência por parte da população de Setúbal e Alentejo, comparativamente com o Grande Porto o que poderá estar associado à elevada percentagem de sedentarismo nesta região. Também o Algarve refere esta situação apesar da percentagem de praticantes em número de horas superior a 3,5h/semana, ser a segunda mais elevada no país.

O desconhecimento do que se entende por actividade física parece ser visível também neste ponto. “Não ser do tipo desportivo” assinalado pela nossa população como uma barreira mostra a ideia associada a uma certa postura perante a actividade/exercício físico, que englobará possivelmente a existência de equipamento próprio, de frequentar um local onde só se pratique estas actividades e provavelmente também associado a uma determinada silhueta. Será então a sociedade e os seus esteriótipos, a barreira ao envolvimento em estilos de vida mais activos.

Um estudo realizado por Leslie et al., na população adolescente dos Estados Unidos, ilustra uma menor motivação para a prática de actividade/exercício físico por parte do sexo feminino. As razões mencionadas para este facto prendem-se com a aparência, no sentido em que a prática de actividades induz a um aspecto menos cuidado. Estas adolescentes referiam também que a disciplina de educação física não era transmitida de uma forma cativante que as motivasse à prática. No entanto as que se encontravam envolvidas na sua prática revelavam como principal benefício a aparência, mas no sentido em que a actividade/exercício físico modelava o seu corpo e contribuía para a prevenção do ganho de peso (Leslie et al., 1999).

Peso corporal e Índice de massa corporal

A distribuição do IMC indica-nos que embora 49% dos Portugueses sejam normoponderais, percentagem semelhante à maioria dos países da Europa, 42% tem excesso de peso (33% sobrecarga ponderal e 9% obesos) e 8% tem o índice de massa corporal abaixo da normalidade.

Esta percentagem elevada de indivíduos que referem um peso superior ao normal, reflecte a tendência verificada em Portugal para a reprodução dos problemas de saúde das sociedades urbanizadas e industrializadas nos quais a obesidade é já denominada como a epidemia do século.

Atendendo às limitações apresentadas na metodologia esta prevalência do excesso de peso poderá estar subestimada indicando um panorama ainda mais negativo, com uma necessidade de intervenção mais premente.

Os resultados deste estudo são coincidentes com um estudo de Graça et al., realizado em Portugal em 1999, em indivíduos cujas idades eram superiores a 15 anos. O peso e altura foram igualmente auto-avaliados por meio de entrevista telefónica. Neste estudo 11% da população inquirida apresentou um IMC abaixo da normalidade e uma

percentagem semelhante um $IMC \geq 30$. Quase metade da população apresentava-se como tendo peso normal (45%), enquanto 34% dos inquiridos tinham sobrecarga ponderal (Graça et al., *in press*).

De realçar, que apesar dos comportamentos e atitudes quanto à actividade física serem perfeitamente distintos entre os países, a tendência em termos de distribuição de IMC, assemelha-se à verificada em Portugal; com ligeiras diferenças no que se refere ao índice da massa corporal mais baixo, em que a maioria dos países da União Europeia apresenta uma maior proporção de inquiridos nesse IMC, principalmente na França e Itália, 17% e 14% respectivamente (de Almeida, 1999).

Um IMC superior à normalidade foi encontrado em maior percentagem na Alemanha (46%), Grécia (45%) e Espanha (44%), e para a obesidade a maior prevalência surge também nestes países e em 11% dos Austríacos (de Almeida, 1999).

A distribuição demográfica dos inquiridos por IMC, sugere-nos que existe um maior número de mulheres magras e obesas, quando comparadas com os homens, não só em Portugal como na União Europeia. Por outro lado com o aumento da idade diminui o número de inquiridos Portugueses, e Europeus, magros e normais, aumentando a população com sobrecarga ponderal e obesa. O inverso acontece à medida que o nível de instrução avança (de Almeida, 1999).

No estudo Português de Graça et al., mais mulheres que homens tinham um IMC mais baixo, não existindo diferenças quanto ao género nos obesos. Tal como no presente estudo, encontraram uma maior percentagem de homens com sobrecarga ponderal. A distribuição do IMC por idade e escolaridade, indica-nos uma tendência semelhante ao presente estudo (Graça et al., *in press*).

De realçar que neste estudo os principais factores associados ao peso excessivo foram o ser do sexo masculino, comparativamente ao feminino, uma idade superior a 55 anos e

menor escolaridade, tal como nos estudos de Wardle e Zamboni et al, em relação às respectivas classes de referência, bem como o estado civil casado ou viver em união de facto, relativamente aos solteiros e sentir-se gordo ($p < 0,001$), em relação aos que referem sentirem-se magros (Wardle, 1999; Zamboni et al., 1999)

Os indivíduos com IMC superior à normalidade consideraram a actividade física importante para a manutenção do peso corporal, assim 40% dos indivíduos com sobrecarga ponderal estavam envolvidos na prática de actividade física em número de horas superior a 3,5 por semana.

São os habitante da região de Setúbal e Alentejo e do Interior Norte e Centro de Portugal aqueles que tinham em maior proporção um IMC superior à normalidade.

No nosso estudo os dados sugerem que os obesos estavam envolvidos num menor número de actividades e conseqüentemente em menor de horas dispendidas na prática das mesmas. Resultados semelhantes foram descritos no estudo de Pate et al. e de Lissner (Pate et al., 1995; Lissner, 1999).

Na União Europeia, em geral, e em Portugal, em particular, são os indivíduos normais, seguidos dos que tem sobrecarga ponderal, quem mais pratica um número de horas superior a 3,5 por semana (de Almeida, 1999).

Também nos Estados Unidos é evidente um aumento da prevalência do peso em excesso ao longo dos anos, já que a prevalência de IMC superior a 25 verificada em 46,1% desta população em 1971-74 (NHANES I) e em 1976-80 (NHANES II), subiu para cerca de 54,9% da população entre 1988 e 1994 (NHANES III), ou seja, uma percentagem superior à verificada na Europa (41%) no geral e na população Portuguesa (42%) em particularn (National Institute of Health, 1998).

Na União Europeia e nos Estados Unidos apesar da obesidade ser mais evidente nas mulheres (10%) (facto também comprovado por estudos de Heitmann), a percentagem

de sobrecarga ponderal é mais elevada nos homens (46%). Parecem ser as mulheres, com menor poder económico ou menor escolaridade as mais predispostas a um IMC superior à normalidade. Para os homens a relação entre o estatuto socioeconómico e o aumento do peso corporal, não é tão evidente. Apesar do aumento de peso ser paralelo ao aumento da idade até aos 50 - 59 anos, posteriormente decresce, sendo menos frequente após os 70 anos para ambos os sexos (National Institute of Health, 1998; Heitmann, 1999).

De etiologia multifactorial, a obesidade pode ser encarada como, um desafio em termos de tratamento havendo numerosos trabalhos que evidenciam um insucesso generalizado a médio/longo prazo. Apostar na prevenção primária será então a melhor opção. A este nível, a prática regular de actividade física reveste-se de uma importância fundamental, que tem que ser compreendida e difundida (Coulston, 1998).

Porém programas comunitários como o Minnesota Heart Health Program e o Stanford Five City Studies, que tinham como objectivos a prevenção do aumento do peso corporal, não apresentaram resultados favoráveis, devido à incapacidade em manipular todos os factores que interferem na etiologia da obesidade (National Institute of Health, 1998).

Satisfação com a imagem corporal

A maior percentagem da população Portuguesa sente-se bem com a sua imagem (48%), no entanto a proporção dos que se sentem gordos é muito próxima desta (45%). De salientar que só 8% dos inquiridos se sentem magros. No panorama Europeu, 41% dos Dinamarqueses, Franceses, Alemães, Irlandeses e Espanhóis estão satisfeitos com a sua silhueta (McElhone et al., 1999).

Gostariam de ser mais gordos 9% dos cidadãos da Suécia e do Reino Unido; gostariam de ser mais magros 51% dos Finlandeses, 49% dos Italianos e 18% dos Gregos (McElhone et al., 1999).

No presente estudo, sentem-se gordos, as mulheres, os mais velhos e os de menor escolaridade. Quanto ao género e à escolaridade, não existem diferenças entre os Portugueses e os restantes Europeus. No entanto, neste último estudo, não existem diferenças significativas nesta variável a partir dos 34 anos (McElhone et al., 1999).

Comportamento perante o peso actual

Nos últimos 6 meses verifica-se que a maior parte dos inquiridos Portugueses manteve o peso (58%) e 20% engordou. Referem ter emagrecido 13% dos Portugueses.

Todos os países assinalaram em maior percentagem a manutenção do peso corporal. Foi na Alemanha que se encontrou a maior proporção de habitantes que referiu ter mantido o seu peso (70%). Pelo contrário foram os Gregos, quem mais assinalaram ter aumentado de peso (30%), bem como os Italianos e os Ingleses (24%). Consideraram ter perdido peso 20% dos Irlandeses, 18% dos Finlandeses e 17% dos Espanhóis (Lappalainen et al., 1999). Neste estudo verificámos que quem tem estado a perder peso, são na sua maioria as mulheres, de meia idade, e de educação a nível secundário.

No presente estudo, são os homens comparativamente às mulheres, quem mais manteve o seu peso (64% versus 47,8%). Mais mulheres que homens estavam em situação de instabilidade ponderal, ou porque tinham aumentado (24%) ou porque tinham diminuído de peso (15%).

De realçar que foram os inquiridos que apresentavam peso já acima da normalidade aqueles que mais engordaram (58,1%), sendo os mais magros (25,9%) aqueles que referem ter perdido peso nos últimos 6 meses. Resultados semelhantes encontram-se descritos no estudo de Graça et al. Salienta-se o facto de que são os indivíduos com um

IMC desajustado, quer por excesso quer por defeito, em quem se mantem esse desajuste (Graça et al., *in press*).

Dos inquiridos Portugueses, 18% estavam a tentar perder peso. Destes, a maior proporção foi encontrada no sexo feminino, resultado semelhante ao apresentado noutros estudos (Bennett, 1991). É neste género que existe uma maior prevalência da obesidade e, como seria de esperar, a tentativa de perda de peso está-lhe associada, bem como o facto de se sentirem gordas.

Encontravam-se também a perder peso os indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e 54 anos, e os Portugueses que pertenciam à classe social alta; os inquiridos que estavam a tentar perder peso consideravam a actividade física importante para o controlo do peso corporal, daí o envolvimento na prática de actividade/exercício físico.

Comparativamente aos habitantes do Grande Porto, são os do Interior Norte e Centro quem mais refere estar a tentar perder peso, o que vai de encontro ao facto de que são estes Portugueses quem tem em maior proporção peso em excesso.

Métodos para a perda de peso

Dos Portugueses que perderam peso, a maior parte fê-lo à custa de dieta (51,6%), a sua combinação com a actividade física foi a opção escolhida por apenas 7,3%, a medicação foi referida por 0,9% da amostra e só 12,8% recorreu exclusivamente à prática de actividade/exercício físico.

O estudo Português de Graça et al., revela que cerca de 17,1% da sua amostra estava a tentar perder peso, percentagem semelhante à encontrada neste estudo (18%), sendo os métodos mais frequentemente utilizados para perder peso a dieta (73,3%) e o exercício físico (13,8%). A associação de ambos os métodos foi referida por cerca de 4% desta população. Enquanto a dieta foi o método mais frequente entre as mulheres, o

exercício físico bem como a conjugação de ambos, tiveram mais aceitação por parte da população masculina (Graça et al., *in press*).

No presente estudo são também as mulheres que mais frequentemente assinalam a dieta para a perda de peso em concordância com outros estudos (Bennett, 1991), e os homens o exercício físico. Porém, a combinação de ambos os métodos não apresenta diferença estatisticamente significativa, quanto ao género. A dieta e o exercício físico de forma isolada parecem ser mais frequentes entre os indivíduos com peso a mais (este resultado não apresenta significado estatístico). A sua combinação é mais evidente nos indivíduos normoponderais e com sobrecarga ponderal apesar de também aqui não apresentar significado estatístico.

A idade interfere no método de perder peso, sendo os mais velhos quem mais recorre à dieta assim como os mais instruídos, quando comparados com as respectivas classes de referência. De realçar que nestas variáveis que se referem aos métodos utilizados para a perda de peso, foi onde não se encontrou significância estatística atendendo às regiões de Portugal.

São os Portugueses mais instruídos que se encontram mais envolvidos na prática de actividade/exercício físico, quer na sua forma isolada, quer em combinação com dieta, tal como sugerem outros estudos. No estudo de Graça et al., foi também a dieta o método seleccionado por quem tem IMC superior à normalidade, no entanto o exercício físico reúne mais adeptos por parte da população normoponderal (Kumanyika et al., 1993; Graça et al., *in press*). Quanto à combinação destes dois métodos a tendência é semelhante à verificada no presente estudo (Graça et al., *in press*).

Na Grécia recorre a dieta o dobro da percentagem verificada no nosso país, tendo este método também uma grande adesão por parte dos cidadãos da Itália, Inglaterra e do Luxemburgo (Lappalainen et al., 1999).

A prática conjunta de dieta e de exercício físico, é o principal método utilizado pelos Finlandeses sendo estes quem mais utiliza este método na Europa, seguido dos Irlandeses, Suecos e Ingleses (Lappalainen et al., 1999).

A prática exclusiva de actividade/exercício físico é indicada principalmente pelos Austríacos, Suecos e Irlandeses. Para estes países este é o método que reúne mais adeptos (Lappalainen et al., 1999).

Resultados do *Behavioral Risk Factor Surveillance System 1985 - 1988* apresentaram diferenças relativamente aos métodos para a perda de peso. Assim, apesar de serem as mulheres quem mais recorria à dieta para a perda de peso, este foi também o principal método seleccionado pela população masculina. No entanto é o género masculino quem recorreu em maior proporção à actividade física. Neste estudo são também as mulheres que utilizaram de forma combinada dieta e actividade física. A selecção de actividade/exercício físico de forma isolada ou conjugada com dieta era mais prevalente nos indivíduos com maior escolaridade, independentemente de serem adolescentes e adultos (Bennett, 1991; Kumanyika et al., 1993; Hendricks & Herbold, 1998).

Kumanyika S, investigou na população Norte Americana, o comportamento e as atitudes de mulheres negras referentes ao peso e concluiu que o principal método seleccionado pelas normoponderais e obesas foi a junção de dieta e exercício físico. A selecção do exercício físico de forma isolada como método para a perda de peso teve uma pequena percentagem (Kumanyika et al., 1993).

Foram já bem focadas as consequências do peso em excesso a nível fisiológico, social, psicológico e económico, necessitando assim de uma intervenção multidisciplinar para a efectividade do tratamento. Intervenção esta que deverá englobar nutricionistas, médicos, profissionais de educação física, psicólogos entre outros (Rippe, 1999).

Se o papel da alimentação no ganho do peso é bem compreendido por parte da nossa população, sendo o primeiro método a que recorrem a maioria dos inquiridos, o mesmo já não se passa com o exercício físico, quer de forma isolada, quer conjugado com a dieta. O mesmo não se verifica noutros países da Europa nem na população residente nos Estados Unidos da América. O *Nacional Institut of Health* refere os benefícios da actividade física em termos de promoção da capacidade cardiorespiratória, da qualidade de vida, e também para a redução do peso corporal por ocasionar um défice energético. Porém, este défice em termos de perda de peso produz uma diminuição do mesmo, tornando esta perda mais eficaz quando combinado com a restrição calórica. A redução da gordura corporal contribui para a melhoria da sua autoestima, disposição em geral, bem como a independência para realizar as suas actividades diárias (National Institute of Health, 1998; Willett, 1998).

Estudos epidemiológicos recentes evidenciam que uma maior manutenção da perda de peso corporal a longo prazo é obtida pela combinação entre a restrição calórica e a prática de actividade/exercício físico, quer na população adulta (Haus G et al., 1994; Flatt, 1995; Wilmore, 1996; Klem et al., 1997), quer em crianças e adolescentes. Nestes, por vezes a actividade/exercício físico de forma isolada torna-se revestido de numa mais valia em termos de diminuição do peso corporal (Brownell & Kaye, 1982; Epstein et al., 1995; Bernard, 1995).

6. Conclusão

O presente estudo pretende contribuir para o conhecimento da relação das atitudes e comportamentos sobre saúde, actividade/exercício físico e manutenção do peso corporal na população Portuguesa.

Da análise dos resultados, podemos concluir que foram cumpridos os objectivos propostos.

A possibilidade de estudarmos um grupo de indivíduos representantes da população Portuguesa, coloca-nos em situação privilegiada, permitindo-nos perceber de forma real as prioridades, nacionais nesta área centrando as estratégias de intervenção no nosso contexto sociocultural, pois só através desta identificação é que as mudanças desejadas podem ser efectivas.

Verificou-se existirem desigualdades marcantes entre regiões, idade, sexo e classes socioeconómicas, correndo mais riscos de saúde as classes sociais mais desprotegidas e as regiões onde a informação e os meios não são tão acessíveis. Daqui resultam as grandes diferenças em termos de atitudes, conhecimentos e práticas de actividade/exercício físico, e a diferença da importância atribuída à manutenção do peso corporal para a saúde.

No panorama Europeu, Portugal Continental encontra-se numa posição desfavorável, no sentido do conhecimento da importância de estilos de vida activa na saúde e também no ganho de peso. A nossa população revela uma atitude passiva face à actividade física reflexo da ausência de conhecimentos, o que se traduz nos altos níveis de sedentarismo, a par de uma prevalência elevada de peso superior ao normal, factores de risco conhecidos para as principais causas de morbilidade e mortalidade em Portugal.

Face aos principais resultados deste estudo salienta-se a necessidade de definir e delimitar estratégias de intervenção em termos de saúde pública.

Assim, o Governo deverá reflectir se o que se tem feito e se tem considerado como prioritário, corresponde às reais alterações dos padrões de doença e estilos de vida da população Portuguesa (King, 1994). Para isso torna-se necessário verificar quais as necessidades presentes e futuras não só a nível nacional como local.

A par do que já se faz em alguns países da Europa como por exemplo na Finlândia, a implementação de uma política de saúde pública que contemple a promoção da actividade/exercício físico, seria um auxílio precioso no sentido da reorientação e reformulação das políticas de saúde no sentido da promoção do bem-estar das populações (Blair et al., 1996).

Estas orientações deverão ter em conta, a criação de infra-estruturas propícias à sua execução, não só em termos materiais como também estabelecendo uma nova legislação que promova a actividade/exercício físico nas mais diversas áreas da sociedade.

No local de trabalho, por exemplo, encontram-se já descritas e implementadas em alguns países as chamadas "empresas amigas da actividade física". Porque não todos os dias aumentar em cerca de 15 minutos a hora do almoço para fazer um pequena e relaxante caminhada a pé? (Ibrahim & Yankauer, 1988; Blair et al., 1996).

O investimento em cuidados de saúde primários deverá também ser feito em termos de educação para a saúde nas escolas, a todos os níveis do ensino, privilegiando a promoção de estilos de vida saudáveis, onde se enquadram a actividade física e a alimentação saudável (Kolbe, 1993). Quanto mais cedo se intervir melhor pois *"a lei da primazia indica que os hábitos aprendidos mais cedo são os mais susceptíveis de persistir e consequentemente os mais resistentes à mudança"* (Fieldhouse, 1995).

Se no ensino básico e secundário existem disciplinas de educação física, no ensino superior não estão criadas as condições para que os alunos tenham acesso facilitado à prática de actividade/exercício físico. No entanto, mesmo nos níveis de ensino em que

é obrigatória a frequência da disciplina de Educação Física, muitas vezes as escolas não estão apetrechadas para a sua prática nem o tipo de ensino motiva esse envolvimento.

Existe então a necessidade de promover actividades consideradas atractivas para as diferentes faixas etárias, associando a noção de actividade com divertimento e não obrigatoriedade (Bora et al., 1995), mostrando as mais valias a nível de sucesso escolar e profissional, salientando a sua importância no controlo do stress e conflitos emocionais, situações com que infelizmente cada vez mais cedo os nossos estudantes se depararam. Só assim se poderão criar hábitos saudáveis a serem seguidos toda a vida prevenindo desde já não só o surgimento da obesidade como o risco das principais patologias causadoras de morbilidade e mortalidade na nossa sociedade (Tomassoni, 1996; Kassirer & Angell, 1998; Kolbe, 1993).

Para isto há também a necessidade de formar, actualizar e motivar os professores, potenciais "*promotores de saúde*" em termos de adopção de estilos de vida saudáveis (Haywood, 1991).

No presente estudo, os Portugueses revelaram ser os profissionais de saúde as mais credíveis fontes de informação sobre actividade/exercício físico, o que exige também a necessidade de ensinar e motivar estes profissionais a estimular a prática de actividade/exercício físico nos seus pacientes. Um bom exemplo de um programa dirigido aos profissionais de saúde é o programa PACE (Physician Based Assessment and Counseling for Exercise) criado pelo National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion de Atlanta, um instrumento que utiliza uma abordagem positiva, com vista à promoção da actividade/exercício físico, e que inclui métodos práticos e eficazes de aconselhamento sobre esta temática (Patrick et al., 1995; Calfas et al., 1996).

Ao analisarmos estratégias de mudança, identificam-se as autarquias e organizações delas dependentes, como componentes da sociedade com grande responsabilidade em

termos de implementação no estilo de vida das populações, podendo ser possíveis motivadores de actividade física, e não exclusivamente as associações desportivas.

As autarquias deverão criar condições favoráveis ao aumento da actividade física e ensinar a aproveitar os tempos de lazer adoptando comportamentos mais saudáveis, em todos os grupos populacionais, não esquecendo aqueles que se encontram mais distanciados destas práticas: as mulheres, os indivíduos de menor escolaridade e pertencentes a um estrato social baixo, os mais velhos e os que provavelmente vivem em determinadas zonas do país, como é o caso da região de Setúbal e Alentejo.

Para isto não é necessário criar um ginásio em cada bairro, já que a organização de passeios pedestres, a criação de circuitos próprios para bicicletas, a comemoração de eventos através de bailes, o ensinar a cuidar de um jardim, por vezes o simples levar as pessoas a sair de casa e a conviver envolvendo-as nas tarefas da sociedade, são medidas relativamente fáceis de implementar, associando o lazer ao prazer, não esquecendo que as estratégias de educação baseadas na mudança deverão ser centradas no envolvimento sociocultural e familiar (King, 1994; Allensworth, 1994).

O presente estudo indica também uma necessidade de intervenção para reverter a crescente prevalência do excesso de peso, um dos principais problemas em saúde pública cujas consequências são inúmeras e infelizmente cada vez mais evidentes. Para este problema a prevenção será também o método mais sensato, eficaz e de menor custo (Kassirer & Angell, 1998; Lissner, 1999a).

No que se pode considerar a outra face da mesma moeda verifica-se a difusão de uma imagem principalmente feminina associada à magreza e geradora de estados de ansiedade por quem não se enquadra neste grupo (Carmo, 1998).

Por outro lado cresce a oferta alimentar de produtos energeticamente densos e de riqueza nutricional baixa que concorrem para o aumento da ingestão de energia.

Assim o tratamento da obesidade implica uma abordagem multidimensional, que inclui a intervenção em termos dietéticos, já compreendida pelos Portugueses que pretendem perder peso, e onde a promoção de estilos de vida mais activos é necessária apesar de não ser bem entendida pela nossa população (Kassirer & Angell, 1998; Lissner, 1999^a).

Neste estudo a população Portuguesa identifica a adesão à actividade física restringida a atletas ou para quem se enquadre apenas num determinado perfil. Mais uma vez é a sociedade, que ao criar estereótipos não só de silhueta corporal como também de boa forma física, que limita uma vida mais activa e saudável, tornado-a acessível só a determinados grupos populacionais.

Incorporar na actividade diária cerca de 30 minutos de uma actividade moderada, feita por exemplo em três períodos de 10 minutos por dia, seleccionando uma actividade que dê prazer, ou que seja mais acessível, parece ser uma tarefa fácil.

Parece fundamental que a prática de actividade/exercício físico não seja entendida como uma obrigatoriedade, mas sim como uma forma de aliviar a tensão da rotina diária, podendo este envolvimento servir como um momento de meditação (Haus et al., 1994; Senekal et al., 1999).

Vários autores referenciam a caminhada a pé com um passo activo como uma forma acessível de exercício para a população em geral, mas também para aqueles que têm peso em excesso e mais idade, para além de ser ainda uma actividade popular, como demonstra o presente estudo (Hakim et al., 1998; Morris & Hardman, 1997).

Para além da actividade nos tempos livres, torna-se necessário criar hábitos diários mais activos, em detrimento de comportamentos passivos como, por exemplo, ver televisão ou estar sentado ao computador, promovendo o andar, utilizar escadas em vez de elevadores, diminuir o uso do carro, e das esperas nos transportes públicos; pequenos gestos que muito contribuem para baixar a mortalidade prematura e

aumentar a esperança de vida (American Dietetic Association, 1999; King, 1994; Blair et al., 1996).

No entanto, numa sociedade dominada pelo consumismo, a adopção de estilos de vida que possam ser entendidos como mais "básicos" poderá não ser aceite com facilidade.

Os Portugueses salientam a importância que as campanhas locais poderão ter para promover a actividade/exercício físico no combate às "doenças de mal comer e pouco mexer". Estas campanhas deverão ser conseguidas a partir de uma articulação com os órgãos de comunicação social, profissionais de marketing para além dos profissionais de saúde (profissionais de actividade física, nutricionistas, médicos, enfermeiros, psicólogos entre outros), para que de forma atractiva motivem o aumento dos níveis de actividade física, realçando os benefícios obtidos por este envolvimento, não só em termos de ganhos de saúde no geral mas também no controlo e manutenção de um peso corporal adequado (American College of Sports Medicine, et al., 1999; Lissner, 1999a; Rippe, 1996).

O Governo Português considera essencial *"mobilizar os principais actores no sentido de identificar um Código de Boas Práticas para uma vida activa e saudável, culturalmente adaptado à população Portuguesa e promover a sua difusão e adopção"* (Ministério da Saúde, 1998). Aguardamos então um futuro mais animador? Esperamos de alguma forma ter contribuído para identificar prioridades de actuação em termos de saúde pública, servindo este trabalho como ponto de partida à implementação de uma política de saúde pública para a população Portuguesa.

Bibliografia

- Ainsworth BE, Montoye HJ, Leon AS. Methods of Assessing Physical Activity During Leisure Time and Work. In: Bouchard C, Shephard R, Stephens T, eds. Physical Activity, Fitness, and Health International Proceedings and Consensus Statement. Champaign: Human Kinetics, 1994:146-159.
- Allensworth DD. The Research Base for Innovative Practices in School Health Education at Secondary Level. *Journal of School Health* 1994;64:180-187.
- Alva RA. Saúde Pública y Medicina Preventiva. 2ª ed. México D.F. Santafé de Bogotá: Manual Moderno, 1998.
- American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine Position Stand. The Recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory and Muscular Fitness, and Flexibility in Healthy Adults. *Medicine and Science in Sports Medicine* 1998;30:975-991.
- American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine and Science in Sports Medicine* 1998;30:992-1008.
- American College of Sports Medicine, The American Dietetic Association, International Food Information Council. For a Healthfull Lifestyle: Promoting Cooperation Among Nutrition Professionals and Physical Activity Professionals. *Journal of American Dietetic Association* 1999;99:994-997.
- American Dietetic Association. Physical Activity - It's Not Reverved for Athlets. *Journal of American Dietetic Association* 1999;99:212
- American Heart Association. Strategic Plan for Promoting Physical Activity. USA: American Heart Association Fighting Heart Disease and Stroke, 1995.
- Angotti CM, Levine MS. Review of 5 Years of a Combined Dietary and Physical Fitness Intervention for Control of Serum Cholesterol. *Journal of American Dietetic Association* 1994;94:634-638.
- Arraiz GA, Wigle DT, Mao Y. Risk Assessment of Physical Activity and Physical Fitness in the Canada Health Survey Mortality Follow-Up Study. *Journal of Clinical Epidemiology* 1992;45:419-428.
- Bar-Or O. Physical Activity and Physical Training in Childhood Obesity. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness* 1993;33:323-329.
- Barcelos MM. Efeitos dos Níveis de Actividade Física Habitual, Adiposidade e Tamanho Corporal na Aptidão Física. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto, 1997.
- Bennett EM. Weight-Loss Pratices of Overweight Adults. *American Journal of Clinical Nutrition* 1991;53:1519S-1521S.

- Bernard L, Lavallée C, Gray-Donald K, Delisle H. Overweight in Cree Schoolchildren and Adolescents Associated with Diet, Low Physical Activity, and High Television Viewing. *Journal of American Dietetic Association* 1995;95:800-802.
- Blair SN, Jacobs DR, Pollock ML. Relationships Between Exercise or Physical Activity and Other Health Behaviors. *Public Health Reports* 1985;100:172-180.
- Blair SN, Kohl HW, Paffenbarger RS, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical Fitness and All-Cause Mortality. *Journal of American Medical Association* 1989;262:2395-2401.
- Blair SN, Kohl HW, Barlow CE, Paffenbarger RS, Gibbons LW, Macera CA. Changes in Physical Fitness and All-Cause Mortality: a Prospective Study of Healthy and Unhealthy Men. *Journal of American Medical Association* 1995;273:1093-1098.
- Blair SN, Connely J. How Much Physical Activity Should We Do? The Case for Moderate Amounts and Intensities of Physical Activity. *Research Quarterly for Exercise and Sports* 1996;67:193-205.
- Blair SN, Booth M, Gyarfás I, et al. Development of Public Policy and Physical Activity Initiatives Internationally. *Sports Medicine* 1996;21:157-163.
- Bora ST, Schwartz NE, Spain CG, Natchipolsky MM. Food, Physical Activity and Fun: Inspiring America's Kids to More Healthful Lifestyles. *Journal of American Dietetic Association* 1995;95:816-818.
- Bouchard C, Powell KE, Merritt RK. Measurement of Health Status and Well-Being. In: Bouchard C, Shephard R, Stephens T, eds. *Physical Activity, Fitness, and Health International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign: Human Kinetics, 1994:180-202.
- Bouchard C, Shephard R. Physical Activity Fitness and Health: The Model and Key Concepts. In: Bouchard C, Shephard R, Stephens T, eds. *Physical Activity, Fitness, and Health International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign: Human Kinetics, 1994:77-88.
- Branco MJ, Nogueira PJ, Nunes B. *Actividade Física na População Portuguesa*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, 1999.
- Bray G. Obesity: Historical Development of Scientific and Cultural. In: Bjorntorp P, Brodoff BN, eds. *Obesity*. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992:281-293.
- Brownell KD, Kaye FS. A School-Based Behaviour Modification, Nutrition Education, and Physical Activity Program for Obese Children. *American Journal of Clinical Nutrition* 1982;35:277-283.
- Burchfiel CM, Sharp DS, Curb JD, et al. Physical Activity and Incidence of Diabetes: The Honolulu Heart Program. *American Journal of Epidemiology* 1995;141:360-368.

- Calejo SL. Aptidão e Actividade Física em Adultos Idosos. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto, 1997.
- Calfas KJ, Long B, Sallis JF, Wooten WJ, Pratt M, Patrick K. A Controlled Trial of Physician Counselling to Promote the Adoption of Physical Activity. *Preventive Medicine* 1996;26:225-242.
- Camacho TC, Roberts RE, Lazarus NB, Kaplan GA, Cohen RD. Physical Activity and Depression: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology* 1991;134:220-231.
- Carmo I. Contribuição para o Estudo das Doenças do Comportamento Alimentar em Populações Portuguesas. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa, 1998.
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports* 1985;100:126-132.
- Caspersen CJ. Physical Activity Epidemiology: Concepts, Methods, and Applications to Exercise Science. *Exercise and Sports Sciences Reviews* 1989;18:423-473.
- Ching PLYH, Willett WC, Rimm EB, Colditz GA, Gorymaker SL, Stampfer MJ. Activity Levels and Risk of Overweight in Male Health Professionals. *American Journal of Public Health* 1996;86:25-30.
- Cochran S. *Sampling Techniques*. 3^aed ed. New York: Wiley, 1977.
- Comissão das Comunidades Europeias. Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões sobre o Desenvolvimento da Política de Saúde Pública na Comunidade Europeia. 1998.
- Committee on Medical Aspects of Food Policy Cardiovascular Group. 46 Nutritional Aspects of Cardiovascular Disease. London: HMSO, 1994.
- Costa O. Desporto e Qualidade de Vida. In: Bento J MA, ed. *Actas das Jornadas Científicas Desporto, Saúde e Bem-Estar*. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, 1991:53-59.
- Coulston AM. Obesity as an Epidemic: Facing the Challenge. *Journal of American Dietetic Association* 1998;98:S6-S8
- Dannenberg AL, Kelleer JB, Wilson PWF, Castelli W. Leisure Time Physical Activity in the Framingham Offspring Study. *American Journal of Epidemiology* 1989;129:76-88.

- de Almeida MDV, Graça P, Afonso C, D'Amicis A, Lappalainen R, Damkjaer S. Physical Activity Levels and Body Weight in a National Representative Sample in the European Union. *Public Health Nutrition* 1999;2:105-114.
- Després JP. L'Exercice Physique dans le Traitement de L'Obésité. *Médecine et Nutrition* 1999;5:299-304.
- Dishaman RK, Sallis JF, Orenstein DR. The Determinants of Physical Activity and Exercise. *Public Health Reports* 1985;100:158-171.
- Dishaman RK, Sallis JF. Determinants and Interventions for Physical Activity and Exercise. In: Bouchard C, Shephard R, Stephens T, eds. *Physical Activity, Fitness, and Health International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign: Human Kinetics, 1994:214-238.
- Durnin JV. Physical Activity Levels - Past and Present. In: Norgan NG, ed. *Physical Activity and Health*. Cambridge University Press, 1992:20-27.
- Dwyer JT. Treatment of Obesity. Conventional Programs and Fad Diets. In: Bjorntorp P, Brodoff BN, eds. *Obesity*. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992:662-676.
- Epstein FH, Higgins M. Epidemiology of Obesity. In: Bjorntorp P, Brodoff BN, eds. *Obesity*. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992:
- Epstein FH, Coleman KJ, Myers MD. Exercise in Treating Obesity in Children and Adolescents. *Medicine and Science in Sports Medicine* 1995;28:428-435.
- Ernaehrungsbericht. Frankfurt. Deutsche Gesellschaft fuer Ernaehrung 1992;190-193.
- European Commission. *The State of Health in the European Community*. 1996. Luxembourg.
- European Commission, Directorate-General for Employment, and Industrial Relations and Social Affairs. *Public Health in Europe*. 1997. Luxembourg.
- European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs. *The State of Women's Health in the European Community*. Luxembourg: European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, 1997^a.
- European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs. *A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-Weight and Health*. Belgium: European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, 1999.
- European Food Information Council Newsletter. *Obesity the Disease of the Millennium*. Foodtoday 1998;1

- Falcão JM, Ferro JM, Correia M, Gonçalves AF, Valente P, Nunes B. Acidentes Vasculares Cerebrais antes dos 65 Anos: Tipo, Factores de Risco e Antecedentes de Doença. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, 1999.
- Farmer ME, Locke BZ, Moscicki EK, Dannenberg AL, Larson DB, Radloff LS. Physical Activity and Depressive Symptoms: The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *American Journal of Epidemiology* 1988;128:1340-1351.
- Feskens EJM, Loeber JG, Kromhout D. Diet and Physical Activity as Determinants of Hyperinsulinemia: The Zutphen Elderly Study. *American Journal of Epidemiology* 1994;140:350-360.
- Fieldhouse P. Food and Nutrition: Customs and Culture. 2ª ed. Chapman & Hall, 1995.
- Flatt JP. McCollum Award Lecture, 1995: Diet, Lifestyle, and Weight Maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition* 1995;62:820-836.
- Galvão Teles A. Bases para o Tratamento da Obesidade. *Comportamento Alimentar e Nutrição* 1993;1:3-8.
- Garrow JS. Definitions and Usage. In: Garrow JS, ed. *Obesity and Related Diseases*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1988:21-24.
- Gionet NJ, Godin G. Self-Report Exercise Behaviour of Employees: A Validity Study. *Journal of Occupational Medicine* 1989;31:969-973.
- Glyptis S. Leisure Lifestyles: Present and Future. In: Norgan NG, ed. *Physical Activity and Health*. Cambridge University Press, 1992:230-245.
- Godin G, Shephard R. A Simple Method to Assess Exercise Behaviour in the Community. *Canadian Journal of Applied Sports Sciences* 1999;10:141-146.
- Gonçalves Ferreira FA. Problemas Nutricionais nos Países Industrializados. *Revista Portuguesa de Nutrição* 1989;1:19-22.
- Graça P, Oliveira BM, Branco MJ, Nogueira P, de Almeida MDV. Auto-Percepção Estatoponderal e Estratégias de Redução de peso em Adultos Portugueses. *Revista de Alimentação Humana*; (in Press)
- Gurr M, Saris W, Jéquier E, et al. *Healthy Lifestyles Nutrition and Physical Activity*. Belgium: ILSI Europe Concise Monograph Series, 1998.
- Hahn DB, Payne WA. Maintaining a Healthy Weight. In: Hahn DB, Payne WA, eds. *Focus on Health*. 3ª ed. Missouri: Mosby, 1997:128-148.
- Hakim AA, Petrovitch H, Burchfield CM, et al. Effects of Walking on Mortality Among Nonsmoking Retired Men. *The New England Journal of Medicine* 1998;338:94-99.

- Haskell WL. Dose-Response Issues From a Biological Perspective. In: Bouchard C, Shephard R, Stephens T, eds. *Physical Activity, Fitness, and Health International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign: Human Kinetics, 1994:1030-1039.
- Haus G, Hoerr SL, Mavis B, Robison J. Key Modifiable Factors in Weight Maintenance: Fat Intake, Exercise, and Weight Cycling. *Journal of American Dietetic Association* 1994;94:409-413.
- Haywood KM. The Role of Physical Education in the Development of Active Lifestyles. *Research Quarterly for Exercise and Sports* 1991;62:151-156.
- Heitmann BL, Kaprio J, Harris JR, Rissanen A, Korkeila M, Koskenvuo. Are Genetic Determinants of Weight Gain Modified by Leisure-Time Physical Activity? A Prospective Study of Finnish Twins. *American Journal of Clinical Nutrition* 1997;66:672-678.
- Heitmann BL. Women Health and Obesity. *International Journal of Obesity* 1999;23:S5
- Hendricks KM, Herbold NH. Diet, Activity, and Other Health-Related Behaviors in College-Age Women. *Nutrition Reviews* 1998;56:65-75.
- Hill A, Roberts J. Body Mass Index: A Comparison Between Self-Reported and Measured Height and Weight. *Journal of Public Health Medicine* 1998;20:206-210.
- Hill JO, Drougas HJ, Peters JC. Physical Activity, Fitness and Moderate Obesity. In: Bouchard C, Shephard R, Stephens T, eds. *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement*. 1994:684-695.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley - Interscience Publication, 1989.
- Ibrahim MA, Yankauer A. The Promotion of Exercise. *American Journal of Public Health* 1988;78:1413-1414.
- ICC/ESOMAR. *International Code of Marketing and Social Research Practice*. Paris, Amsterdam: 1995.
- Instituto Nacional de Estatística. *Estatísticas de Saúde*. 1996.
- Jeffery RW. Bias in Reported Body Weight as a Function of Education, Occupation, Health and Weight Concern. *Addict Behaviour* 1996;21:217-222.
- Jéquier E. Regulation of Thermogenesis and Nutrient Metabolism in the Human: Relevance for Obesity. In: Bjorntorp P, Brodoff BN, eds. *Obesity*. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992:130-135.

- Kafatos A, Manios Y, Markatji I, Giachetti I, de Almeida MDV, Engstrom LM. Regional, Demographic and National Influences on Attitudes and Beliefs with Regard to Physical Activity, Body Weight and Health in a National Representative Sample in European Union. *Public Health Nutrition* 1999;2:87-97.
- Kassirer JP, Angell M. Losing Weight - An Ill-Fated New Year's Resolution. *The New England Journal of Medicine* 1998;338:52-54.
- Katzel LI, Bleecker ER, Colman EG, Rogus EM, Sorkin JD, Goldberg AP. Effects of Weight Loss vs Aerobic Exercise Training on Risk Factors for Coronary Disease in Healthy, Obese, Middle-Aged and Older Men. *Journal of American Medical Association* 1995;274:1915-1921.
- Kearney JM, de Graaf C, Damkjaer S, Engstrom LM. Stages of Change Towards Physical Activity in a Nationally Representative Sample in the European Union. *Public Health Nutrition* 1999^a;2:115-124.
- Kearney JM, Kearney MJ, Gibney MJ. Methods Used to Conduct the Pan-European Union Survey on Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health on a Nationally-Representative Samples of Adults from each Member State of the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition* 1997;51:S3-S7
- Kearney JM, Kearney MJ, McElhone S, Gibney MJ. Methods Used to Conduct the Pan-European Union Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body Weight and Health. *Public Health Nutrition* 1999;2:79-86.
- King A. Community and Public Health Approaches to Promotion of Physical Activity. *Medicine and Science in Sports Medicine* 1994;26:1405-1412.
- Klem ML, Wing RR, McGuire MT, Seagle HM, Hill JO. A Descriptive Study of Individuals Successful at Long-Term Maintenance of Substantial Weight Loss. *American Journal of Clinical Nutrition* 1997;66:239-246.
- Klesges RC, Eck LH, Mellon MW, Fulliton W, Somes GW, Hanson CL. The Accuracy of Self-Reports of Physical Activity. *Medicine and Science in Sports Medicine* 1990;22:690-697.
- Kolbe LJ. An Essential Strategy to Improve the Health and Education of Americans. *Preventive Medicine* 1993;22:544-560.
- Kumanyika S, Wilson JF, Guiford-Davenport M. Weight-Related Attitudes and Behaviors of Black Women. *Journal of American Dietetic Association* 1993;93:416-422.
- Laporte RE, Montoye HJ, Caspersen CJ. Assessment of Physical Activity in Epidemiologic Research: Problems and Prospects. *Public Health Reports* 1985;100:131-144.

- Lappalainen R, Tuomisto MT, Giachetti I, D'Amicis A, Paquet S. Recent Body-Weight Changes and Weight Loss Practices in The European Union. *Public Health Nutrition* 1999;2:135-142.
- Last JM. *Public Health and Human Ecology*. Ottawa: Appleton & Lange, 1987.
- Last JM. *Um Dicionário de Epidemiologia*. Oxford: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde; Lisboa, 1995.
- Leslie J, Yancy A, McCarthy W, et al. Development and Implementation of a School-Based Nutrition and Fitness Promotion Program for Ethnically Diverse Middle-School Girls. *Journal of American Dietetic Association* 1999;99:967-969.
- Lima Reis JP. *Obesidade na Infância e na Adolescência: Experiência em Portugal. Comunicação Pessoal no Curso de Actualização em Nutrição Pediátrica*. 1998.
- Lissner L. Managing the Obesity Epidemic - Time to Take Action! An Open Letter from the Swedish Association of Obesity. *Scandinavian Journal of Nutrition* 1999^a;43:74-76.
- Lissner L. Epidemiology of Physical Activity and Obesity. *International Journal of Obesity* 1999;23:S11
- Magalhães A, Figueiredo S. Obesidade como Factor de Risco. *Arquivos de Medicina* 1991;7:129-133.
- Manson JE, Rimm EB, Stampfer MJ, et al. Physical Activity and Incidence of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus in Women. *Lancet* 1991;338:774-778.
- Margetts BM, Rogers E, Widhal K, Remaut de Winter AM, Zunft HJF. Relationship Between Attitudes to Health, Body Weight and Physical Activity and Level of Physical Activity in a National Representative Sample in European Union. *Public Health Nutrition* 1999;2:97-104.
- Mason JO, Powell KE. Physical Activity, Behavioral Epidemiology, and Public Health. *Public Health Reports* 1985;100:113-115.
- McElhone S, Kearney JM, Giachetti I, Zunft HJF, Martínez JA. Body Image Perception in Relation to Recent Weight Changes and Strategies for Weight Loss in The European Union. *Public Health Nutrition* 1999;2:143-152.
- Min Lee I, Hsieh CC, Paffenbarger RS. Exercise Intensity and Longevity in Man. The Havard Alumni Health Study. *Journal of American Medical Association* 1995;273:1179-1184.
- Ministério da Saúde. *Saúde em Portugal. Uma Estratégia para o Virar do Século 1998 - 2002. Orientações para 1998*. 1998.

- Morris JN. Exercise in the Prevention of Coronary Heart Disease: Today's Best Buy in Public Health. *Medicine and Science in Sports Medicine* 1994;26:807-814.
- Morris JN, Hardman A. Walking to Health. *Sports Medicine* 1997;23:306-332.
- Mucchielli R. O Questionário na Pesquisa Psicossocial. Brasil: Editora Martins Fontes, 1979.
- National Institute of Health, National Institute of Heart, Lung and Blood Institute. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity Adults. USA: 1998.
- New Jersey Department of Health and Senior Services. Dietary Patterns and Physical Activity Among New Jersey Adults. *New Jersey Behavioral Risk Factor Surveillance* 1996;1:
- NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. Physical Activity and Cardiovascular Health. *Journal of American Medical Association* 1996;276:241-246.
- OMS, Bureau Regional of Europe, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento. Metas da Saúde para Todos. Lisboa: 1985.
- Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL, Min Lee I, Jung DL, Kampert JB. The Association of Changes in Physical-Activity Level and Other Lifestyle Characteristics with Mortality Among Men. *The New England Journal of Medicine* 1993;328:538-545.
- Paffenbarger RS, Kampert JB, Min Lee I, Hyde RT, Leung RW, Wing AL. Changes in Physical Activity and Other Lifeway Patterns Influencing Longevity. *Medicine and Science in Sports Medicine* 1994;26:857-865.
- Pate RR, Macera CA. Risk of Exercising: Musculoskeletal Injuries. In: Bouchard C, Shephard R, Stephens T, eds. *Physical Activity, Fitness, and Health International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign: Human Kinetics, 1994:1008-1018.
- Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. Physical Activity and Public Health. A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of American Medical Association* 1995;273:402-407.
- Pate RR. Physical Activity and Health: Dose-Response Issues. *Research Quarterly for Exercise and Sports* 1995;56:313-317.
- Patrick K, Sallis JF, Long B, et al. Una Nueva Herramienta para Estimular la Actividad Física. *Medicina y Ciencia de La Actividade Fisica* 1995;1:67-74.
- Perry G, Byers TE, Mokad AH. The Validity of Self Report of Past Body by U.S. Adults. *Epidemiology* 1995;6:61-66.

-
- Piédrola G. La Salud y sus Determinantes. In: Piédrola G, ed. Medicina Preventiva y Salud Publica. 9ª ed. 1991:3-10.
- Pollock ML, Wilmore JH, Fox SM. Actividade Física na Saúde e na Doença. In: Pollock M, Wilmore J, Fox S, eds. Exercícios na Saúde e na Doença. Avaliação da Prescrição para a Prevenção e Reabilitação. Mosi, 1986:1-2.
- Powell KE, Blair SN. The Public Health Burdens of Sedentary Living Habits: Theoretical but Realistic. *Medicine and Science in Sports Medicine* 1994;26:851-856.
- Pratt M. Benefits of Lifestyle Activity vs Structured Exercise. *Journal of American Medical Association* 1999;281:375-376.
- Ramos E, Barros H. Self-Reporting of Weight and Height. Effects in Risk Assessment. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 1998;
- Reis E, Moreira R. Pesquisas de Mercado. Lisboa: Edições Sílabo Gestão, 1993.
- Rippe JM. Overweight and Health: Communications Challenges and Opportunities. *American Journal of Clinical Nutrition* 1996;63:470S-473S.
- Rippe JM. The Obesity Epidemic: Challenges and Opportunities. *Journal of American Dietetic Association* 1998;98:S5
- Rippe JM, Hess S. The Role of Physical Activity in the Prevention and Management of Obesity. *Journal of American Dietetic Association* 1998;98:S31-S38
- Rippe JM. Obesity as Chronic Disease: Modern Medical and Lifestyle Management. *Journal of American Medical Association* 1999;98:S9-S15
- Ross CE, Hayes D. Exercise and Psychologic Well-Being in the Community. *American Journal of Epidemiology* 1988;127:762-771.
- Sallis JF, Haskell WL, Wood PD, et al. Physical Activity Assessment Methodology in the Five-City Project. *American Journal of Epidemiology* 1985;121:91-106.
- Sardinha L, Teixeira P. Physical Activity and Public Health: A Physical Education Perspective. *Motricidade Humana. Portuguese Journal of Human Performance Studies* 1995;11:3-16.
- Senekal M, Albertse EC, Momberg DJ, Groenewald CJ, Visser EM. A Multidimensional Weight-Management Program for Women. *Journal of American Dietetic Association* 1999;99:1257-1264.
- Simopoulos AP. Characteristics of Obesity. In: Bjorntorp P, Brodoff BN, eds. Obesity. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992:309-319.
- Slattery ML, Jacobs DR. Physical Fitness and Cardiovascular Disease Mortality. The Railroad Study. *American Journal of Epidemiology* 1988;123:571-580.

- Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade. Relatório de Consenso Obesidade e sua Terapêutica. *Comportamento Alimentar e Nutrição* 1996;3:10-14.
- Stefanick ML, Mackey S, Sheehan M, Ellsworth N, Haskell WL, Wood PD. Effects of Diet and Exercise in Men and Postmenopausal Women with Low Levels of HDL Cholesterol and High Levels of LDL Cholesterol. *The New England Journal of Medicine* 1998;339:12-20.
- Stephens T, Jacobs DR, Wite CC. A Descriptive Epidemiology of Leisure-Time Physical Activity. *Public Health Reports* 1985;100:147-115.
- Stephens T, Caspersen CJ. The Demography of Physical Activity. In: Bouchard C, Shephard R, Stephens T, eds. *Physical Activity, Fitness, and Health International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign: Human Kinetics, 1994:203-213.
- Stephoe A, Wardle J, Fuller R, et al. Leisure-Time Physical Exercise: Prevalence, Attitudinal Correlates, and Behavioural Correlates Among Young Europeans from 21 Countries. *Preventive Medicine* 1997;26:845-854.
- Strazzullo P, Cappuccio FP, Trevisan M, et al. Leisure Time Physical Activity and Blood Pressure in Schoolchildren. *American Journal of Epidemiology* 1988;127:726-733.
- Terris M. Approaches to an Epidemiology of Health. *American Journal of Public Health* 1975;65:1037-1045.
- Tomassoni TL. Introduction: The Role of Exercise in the Diagnosis and Management of Chronic Disease in Children and Youth. *Medicine and Science in Sports Medicine* 1996;28:403-405.
- Torres I, Correia F, Cruz C, Maia J, Lima Reis JP. Prevalência da Obesidade. *Arquivos de Medicina* 1990;3:377-379.
- US Department of Health and Human Services. *Healthy People*. Hyattsville: US Department of Health and Human Services, 1979.
- US Department of Health and Human Services. *Physical Activity and Health. A Report of the Surgeon General Executive Summary*. Atlanta: 1996.
- US Department of Health and Human Services. *Guidelines for School and Community Programs to Lifelong Physical Activity Among Young People. Morbidity and Mortality Weekly Report* 1997;46(RR-6):
- Vicente P, Reis E, Ferrão F. *Sondagens. A Amostragem como Factor Decisivo de Qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo, 1996.
- Wardle J. Social Inequality and the Development of Obesity. *International Journal of Obesity* 1999;23:S13

-
- Willett WC. Is Dietary fat a Major Determinant of Body Fat. *American Journal of Clinical Nutrition* 1998;67:556S-562S.
- Wilmore JH. Increasing Physical Activity: Alterations in Body Mass and Composition. *American Journal of Clinical Nutrition* 1996;63:456S-460S.
- Wimbush F, MacGregor A, Fraser F. Impacts of a National Mass Media Campaign on Walking in Scotland. *Health Promotion International* 1998;13:45-53.
- World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington: 1997.
- World Health Organization. *Measurement in Health Promotion and Protection*. Copenhagen: World Health Organization, 1987.
- World Health Organization. *Health for All in the 21st Century*. World Health Organization ed. Copenhagen: 1997.
- World Health Organization. *Obesity Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva: 1998.
- Young DR, Haskell WL, Taylor CB, Fortmann SP. Effects of Community Health Education on Physical Activity Knowledge, Attitudes, and Behavior. The Stanford Five-City Projects. *American Journal of Epidemiology* 1996;144:264-274.
- Zamboni M, Maggi S, Turcato E, Di Francesco V, Bosello O. Is Obesity Still a Risk Factor in the Elderly. *International Journal of Obesity* 1999;23:S19
- Zelasko CJ. Exercise for Weight Loss: What are the Facts? *Journal of American Dietetic Association* 1995;95:414-417.
- Zhang J, Feldblum PJ, Fortney JA. Moderate Physical Activity and Bone Density among Perimenopausal. *American Journal of Public Health* 1992;82:736-738.
- Zunft HJF, Friebe D, Seppelt B, et al. Perceived Benefits and Barriers to Physical Activity in a National Representative Sample in the European Union. *Public Health Nutrition* 1999;2:153-160.

Anexos

Anexos 1

P1 (MOSTRAR CARTÃO 1). A sua saúde pode ser influenciada por muitos factores. Olhando para esta lista e de um modo geral, quais são os dois factores que acredita terem maior influência na sua saúde? **REGISTE APENAS DUAS RESPOSTAS.**

A alimentação	
O peso	
Fumar	
O meio ambiente	
Ter uma actividade física / fazer exercício	
O consumo de bebidas alcoólicas	
O stress	
Os factores genéticos / predisposição familiar	
O apoio da família e dos amigos.	
Nenhum destes	
Não sabe	

P2 (MOSTRAR CARTÃO 2) Há muitos factores que podem levar as pessoas a aumentar de peso. Olhando para esta lista, pode dizer-me quais são os dois principais factores que, **no seu caso**, mais influenciam o seu aumento de peso? **REGISTE APENAS DUAS RESPOSTAS.**

Genéticos e de metabolismo	
Quantidade de actividade física / fazer exercício	
O consumo de bebidas alcoólicas	
Quantidade de alimentos que come	
Fumar	
Consumo de gorduras	
Consumo de açúcar	
Não tenho tendência para engordar	
Outra (especifique)	
Nenhuma	
Não sabe	

P7. (MOSTRAR CARTÃO 6). Gostaria que me dissesse em que medida concorda ou discorda de cada uma das frases que lhe vou ler, usando a escala que figura neste cartão. (LER AS FRASES UMA A UMA E RODAR A ORDEM).

	CONCORDA TOTALMENTE	CONCORDA	DISCORDA	DISCORDA TOTALMENTE	N/S
A actividade física/fazer exercício tem muitos efeitos benéficos para a saúde.					
Pesar mais de 13 kg do que peso agora seria um risco para a minha saúde					
A actividade física/fazer exercício só benefícios se resultar em perda de peso.					
Eu não preciso de mais actividade física / fazer exercício do que já faço actualmente.					
A maioria dos meus amigos faz muito exercício / tem muita actividade física.					
Os profissionais de saúde, por. Ex. Os médicos, são uma boa fonte de informação acerca dos benefícios para a saúde da actividade física/fazer exercício.					
Uma campanha que fosse desenvolvida na minha região com o objectivo de aumentar a participação em actividades físicas / fazer exercício teria uma influência decisiva na minha prática.					

P8. (MOSTRAR CARTÃO 7). Há muitas razões para praticar uma actividade física ou fazer exercício. Na sua opinião, desta lista, quais são as duas principais razões que melhor se aplicam no seu caso.

Para aliviar a tensão / relaxar	
Para estar ao ar livre	
Para me manter saudável	
Para conviver com outras pessoas	
Para perder ou controlar o peso	
Para me divertir / por aventura / por prazer	
Para me sentir em forma ou para recuperar a forma.	
Para obter um sentimento de realização	
Pelo prazer da competição	
Para trabalhar melhor / concentrar-me melhor	
Não pratico	
Outra	
Nenhum deles	
Não sabe	

P9. (MOSTRAR CARTÃO 8) .Há muitos motivos que podem levar as pessoas a não terem actividade física / fazer exercício. Da lista que lhe vou mostrar, qual ou quais se aplicam no seu caso?

Não sou do tipo desportivo	
Tenho de tomar conta de crianças ou de pessoas de idade	
Sou demasiado tímido ou fico envergonhado	
Não tenho ninguém que me acompanhe	
É caro	
Não tenho saúde para uma actividade física	
Tenho compromissos profissionais / de estudos	
Não tenho energia suficiente	
Não existem condições para praticar exercício	
Tenho medo de me magoar	
Sou demasiado velho	
Prefiro fazer outras coisas como ver televisão, ler um livro ou jogar no computador	
Não preciso de fazer mais	
Fazer exercício é perda de tempo	
Outra	
Não sabe	
Nenhum destes	

P10. É actualmente (LER HIPÓTESES)

Fumador	
Ex-fumador há menos de 1 ano	
Ex-fumador há mais de 1 ano	
Não fumador	

P11. (MOSTRAR CARTÃO 9). Qual destas figuras retrata melhor o seu peso?
E qual descreve melhor o peso que gostaria de ter?

NOTA: SE A CORRESPONDENTE ESTIVER GRÁVIDA, REFERIR-SE AO SEU PESO HABITUAL ANTES DE ENGRAVIDAR, RESPOSTA SIMPLES.

	PESO ACTUAL	PESO QUE GOSTARIA DE TER
Figura 1		
Figura 2		
Figura 3		
Figura 4		
Figura 5		
Figura 6		
Figura 7		
Figura 8		
Figura 9		

P12a. Pode dizer-me quanto mede? REGISTRAR EM CENTRÍMETROS

Pode dizer-me quanto é que pesa? REGISTRAR EM QUILOGRAMAS
SE A ENTREVISTADA ESTÁ GRÁVIDA REGISTE O SEU PESO CORPORAL ANTES DE ENGRAVIDAR

P12b. (MOSTRAR CARTÃO 10). Nos últimos 6 meses...

Engordou	
Emagreceu	
Manteve o peso	
Não sabe	

P12c. (MOSTRAR CARTÃO 11). Está actualmente a tentar perder peso...

Fazendo dieta	
Fazendo exercício físico / tendo uma actividade física	
Fazendo dieta e exercício	
Através de medicamentos	
Por outros meios	
Não está a tentar perder peso	

CARTÃO 1

A ALIMENTAÇÃO

O PESO

FUMAR

O MEIO AMBIENTE

TER UMA ACTIVIDADE FÍSICA / FAZER EXERCÍCIO

O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

O STRESS

OS FACTORES GENÉTICOS / PREDISPOSIÇÃO FAMILIAR

O APOIO DA FAMÍLIA E DOS AMIGOS

CARTÃO 1

O APOIO DA FAMÍLIA E DOS AMIGOS

O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

FUMAR

O MEIO AMBIENTE

O PESO

O STRESS

OS FACTORES GENÉTICOS / PREDISPOSIÇÃO FAMILIAR

TER UMA ACTIVIDADE FÍSICA / FAZER EXERCÍCIO

A ALIMENTAÇÃO

CARTÃO 1

TER UMA ACTIVIDADE FÍSICA / FAZER EXERCÍCIO

OS FACTORES GENÉTICOS / PREDISPOSIÇÃO FAMILIAR

O STRESS

O PESO

O MEIO AMBIENTE

A ALIMENTAÇÃO

FUMAR

O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

O APOIO DA FAMÍLIA E DOS AMIGOS

CARTÃO 2

FACTORES GENÉTICOS E DE METABOLISMO

QUANTIDADE DE EXERCÍCIO FÍSICO

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

QUANTIDADE DE ALIMENTOS QUE COME

FUMAR

CONSUMO DE GORDURAS

CONSUMO DE AÇÚCAR

NÃO TENHO TENDÊNCIA PARA ENGORDAR

CARTÃO 3

ATLETISMO / CORTA MATO

CICLISMO

DANÇA

DESPORTOS EQUESTRES

PESCA

FUTEBOL

JARDINAGEM

GOLFE

MONTANHISMO / ESCALADA

GINÁSTICA AERÓBICA, MUSCULAÇÃO, JOGGING

ARTES MARCIAIS OU DE DEFESA PESSOAL
(JUDO, BOXE, KARATÊ, ...)

DESPORTOS COM RAQUETE (TÊNIS, BADMINGTON, SQUASH,...)

NATAÇÃO

DESPORTOS DE EQUIPA QUE NÃO FUTEBOL
(BASQUETEBOL, HÓQUEI, ANDEBOL, VOLEIBOL,...)

ANDAR CONTINUADAMENTE PELO MENOS 30 MINUTOS

DESPORTOS AQUÁTICOS (CANOAGEM, REMO, VELA,...)

DESPORTOS DE INVERNO (ESQUI, PATINAGEM NO GELO,...)

OUTRO. QUAL?

CARTÃO 4

ACTUALMENTE...

...NÃO SOU FISICAMENTE MUITO ACTIVO E NÃO PRETENDO TORNAR-ME MAIS ACTIVO NOS PRÓXIMOS 6 MESES.

...NÃO SOU FISICAMENTE MUITO ACTIVO, MAS ESTOU A PENSAR EM AUMENTAR A MINHA ACTIVIDADE NO PRÓXIMO MÊS.

...NÃO SOU FISICAMENTE MUITO ACTIVO, MAS ESTOU DETERMINADO A AUMENTAR A MINHA ACTIVIDADE NO PRÓXIMO MÊS.

...SOU FISICAMENTE ACTIVO, MAS SÓ NOS ÚLTIMOS 6 MESES.

...SOU FISICAMENTE ACTIVO HÁ MAIS DE 6 MESES.

...COSTUMAVA SER FISICAMENTE ACTIVO HÁ CERCA DE UM ANO, MAS NOS ÚLTIMOS MESES TENHO ESTADO MENOS ACTIVO.

CARTÃO 5

NENHUMA

ATÉ 1 HORA POR DIA

ATÉ 2 HORAS POR DIA

ATÉ 3 HORAS POR DIA

ATÉ 4 HORAS POR DIA

ATÉ 5 HORAS POR DIA

ATÉ 6 HORAS POR DIA

ATÉ 7 HORAS POR DIA

ATÉ 8 HORAS POR DIA

MAIS DE 8 HORAS POR DIA

CARTÃO 6

CONCORDO TOTALMENTE

CONCORDO

DISCORDO

DISCORDO TOTALMENTE

CARTÃO 7

PARA ALIVIAR A TENSÃO / RELAXAR

PARA ESTAR AO AR LIVRE

PARA ME MANTER SAUDÁVEL

PARA CONVIVER COM OUTRAS PESSOAS

PARA PERDER OU CONTROLAR O PESO

PARA ME DIVERTIR / POR AVENTURA / POR PRAZER

PARA ME SENTIR EM FORMA OU PARA RECUPERAR A FORMA

PARA OBTER UM SENTIMENTO DE REALIZAÇÃO

PELO PRAZER DA COMPETIÇÃO

PARA TRABALHAR MELHOR / CONCENTRAR-ME MELHOR

NÃO PRÁTICO

OUTRA. QUAL?

CARTÃO 8

NÃO SOU DO TIPO DESPORTIVO

TENHO DE TOMAR CONTA DE CRIANÇAS OU DE PESSOAS DE
IDEDA

TENHO VERGONHA OU SINTO-ME EMBARAÇADO(A)

NÃO TENHO NINGUÉM QUE ME ACOMPANHE

É CARO

NÃO TENHO SAÚDE PARA TER UMA ACTIVIDADE FÍSICA

TENHO COMPROMISSOS PROFISSIONAIS / DE ESTUDOS

NÃO TENHO ENERGIA SUFICIENTE

NÃO EXISTEM CONDIÇÕES PARA PRATICAR EXERCÍCIO

TENHO MEDO DE ME MAGOAR

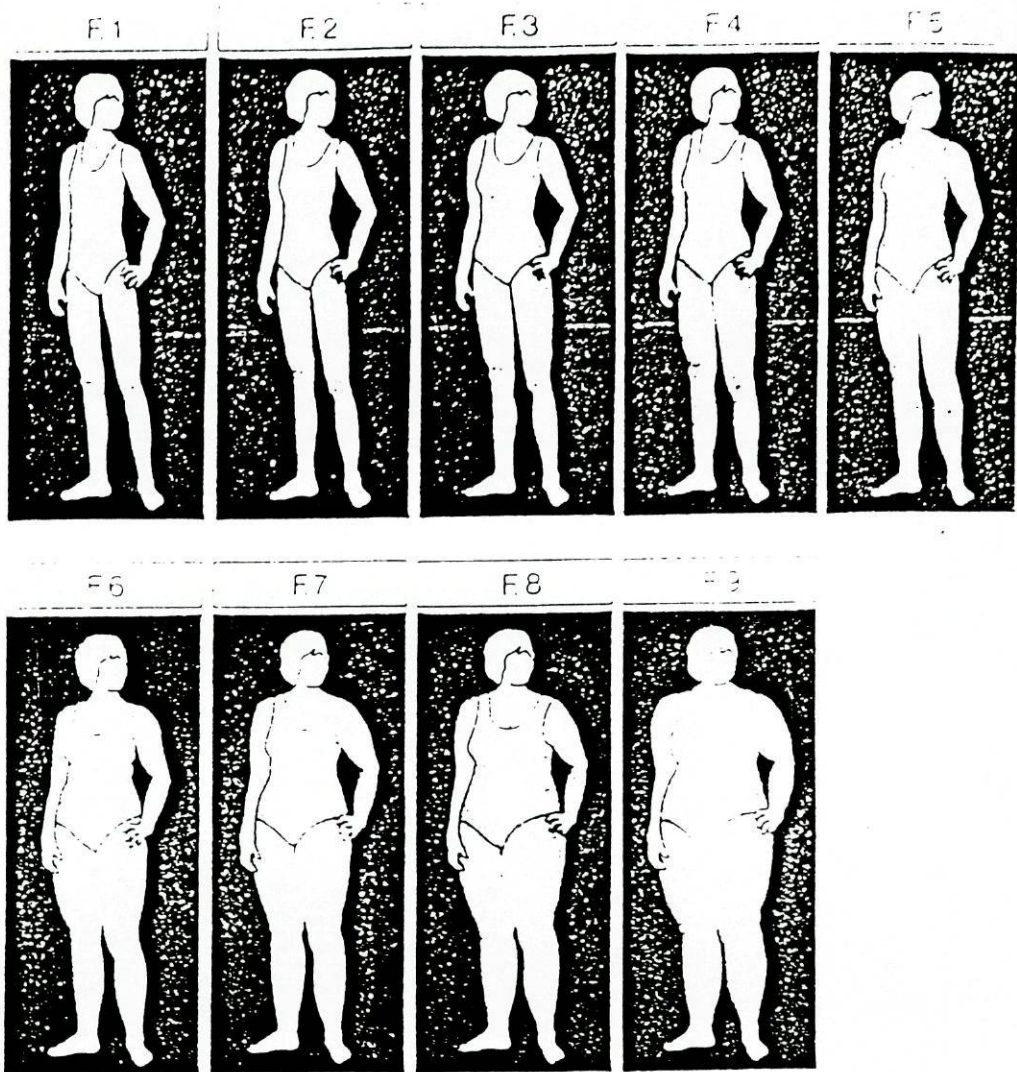
SOU DEMASIADO VELHO

PREFIRO FAZER OUTRAS COISAS COMO VER TELEVISÃO, LER UM
LIVRO OU JOGAR NO COMPUTADOR

NÃO PRECISO DE FAZER MAIS

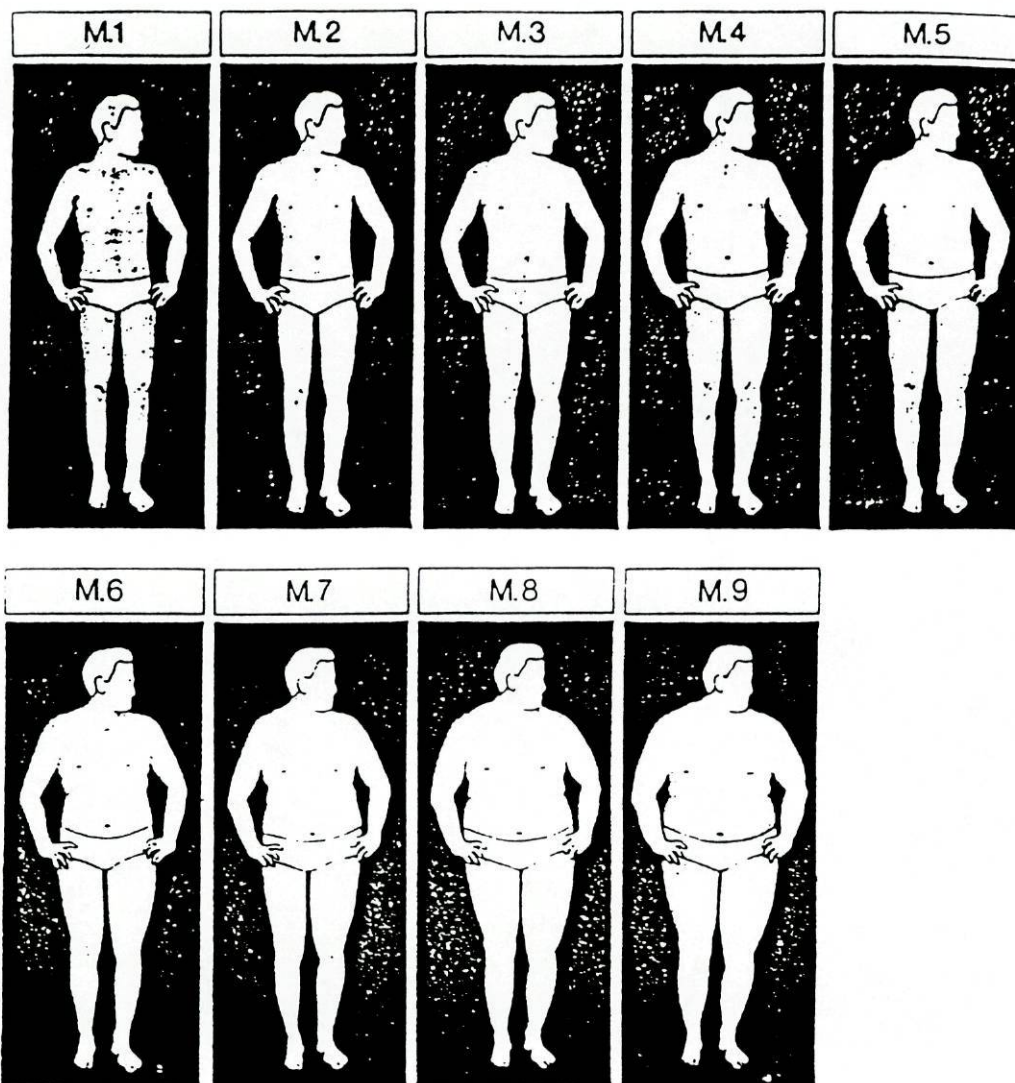
FAZER EXERCÍCIO É UMA PERDA DE TEMPO

CARTÃO 9



Reference : Ernährungsbericht 1992. E. by Deutsche Gesellschaft fuer Ernährung, Frankfurt a.M., 1992, pp 190 - 193.

CARTÃO 9



Reference :

Ernaehrungsbericht 1992. E. by Deutsche Gesellschaft fuer
Ernaehrung, Frankfurt a.M., 1992, pp 190 - 193.

CARTÃO 10

ENGORDOU

EMAGRECEU

MANTEVE O PESO

CARTÃO 11

FAZENDO DIETA

FAZENDO EXERCÍCIO / TENDO UMA ACTIVIDADE FÍSICA

FAZENDO DIETA E EXERCICIO

ATRAVÉS DE MEDICAMENTOS

POR OUTROS MEIOS

NÃO ESTÁ A TENTAR PERDER PESO

Anexo 2

Regiões de Portugal

Grande Lisboa:

Distrito de Lisboa: Cascais, Lisboa, Loures, Oeiras, Sintra, Amadora do Distrito de Setúbal: Almada, Barreiro, Seixal

Grande Porto:

Distrito do Porto: Porto, Gondomar, Maia, Matosinhos, Valongo, Vila Nova de Gaia

Litoral Norte e Centro:

Distrito de Aveiro, Distrito de Braga, Distrito de Viana do Castelo, Distrito do Porto: Amarante, Baião, Felgueiras, Lousada; Marco de Canavezes, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel, Póvoa de Varzim, Santo Tirso, Vila do Conde, Distrito de Coimbra: Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Velha, Figueira da Foz, Montemor-o-Velho, Soure, Distrito de Leiria: Alcobaça, Batalha, Bobarral, Caldas da Rainha, Leiria, Marinha Grande, Nazaré, Óbitos, Peniche, Pombal, Porto de Mós

Interior Norte e Centro:

Distrito de Bragança, Distrito de Vila Real, Distrito de Castelo Branco, Distrito de Viseu, Distrito da Guarda, Distrito de Coimbra: Arganil, Góis, Lousã, Mira, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa, Penacova, Penela, Tábua, Vila Nova de Poiares, Distrito de Leiria: Ansião, Alvaiázere, Castanheira de Pera, Figueirós dos Vinhos, Pedrogão Grande, Distrito de Santarém, Distrito de Lisboa: Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Serra de Monte Agraço, Cadaval, Lourinhã, Mafra, Torres Vedras, Vila Franca de Xira

Setúbal e Alentejo:

Distrito de Setúbal: Alcochete, Moita, Montijo, Palmela, Sesimbra, Setúbal, Alcacér do Sal, Grândola, Santiago de Cacém, Sines, Distrito de Portalegre, Distrito de Évora, Distrito de Beja

Algarve:

Distrito de Faro

Agradecimentos

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Daniel Vaz de Almeida,

expresso a minha gratidão pelo facto de me ter orientado. Agradeço todo o incentivo e oportunidades proporcionadas ao longo destes anos, mas principalmente por ter tido a sensibilidade e a paciência de me "ensinar a andar". O seu imenso gosto pelas Ciências da Nutrição e o seu profissionalismo são a minha referência, que todos os dias me estimula a andar sempre para a frente apesar, dos "tropeços" de quem é ainda pequenino. Um dia gostaria de ser assim. Obrigada por tudo Professora!

À Professora Denisa Mendonça,

agradeço a forma simpática com que orientou esta tese, todo o apoio prestado, as sugestões valiosas e os conhecimentos que me transmitiu, sem os quais jamais seria possível a realização deste trabalho. Os seus ensinamentos feitos com simplicidade e discrição muito contribuíram para minimizar o meu "pânico" perante a estatística. Foi para mim uma honra tê-la conhecido. Muito Obrigada!

Aos meus colegas do 2^a Curso de Mestrado em Saúde Pública,

em especial à Isabel Fonseca pelo apoio de todas as horas, ao Rosalvo, à Natália, à Augusta, à Maria José, ao Rui Sarmiento e à Cândida, adorei estar convosco!

À Carla,

por ser a "irmã mais velha" que qualquer um gostaria de ter.

Às outras "manas", Bela, Leonor e Sara,

obrigada pelos vossos mimos e compreensão.

À Dr^a Maria Meibel,

pelo carinho e pelo ombro amigo sempre disponível ao longo destes anos.

Ao Pedro Graça,

pelos "empréstimos".

A todo o pessoal docente e não docente da Faculdade de Ciências da Nutrição,

pela colaboração e auxílio na realização desta tese.

A todos os que de alguma forma me apoiaram e ajudaram durante o período de elaboração deste trabalho.