

**Brigitte Maria Breyer Rodrigues Vieira**

# **DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO ENTRE OS UTENTES DE GINÁSIOS**

Dissertação de Mestrado em  
Biocinética, orientada pelo Professor  
Doutor Fontes Ribeiro, apresentada à  
Faculdade de Ciências do Desporto e  
Educação Física da Universidade de  
Coimbra

Junho/2016

## **AGRADECIMENTOS**

À Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra por proporcionar a realização da presente dissertação.

Um especial agradecimento ao Professor Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro, meu orientador, pelo apoio e orientação científica durante a execução da dissertação.

Um especial agradecimento à Coordenadora do Mestrado de Biocinética, Professora Doutora Paula Tavares, pelo seu forte apoio.

Um especial obrigado aos meus pais, irmão e amigos pela força, compreensão, e animo que me foram dando ao longo de todo este tempo.

Um obrigado muito especial às instituições envolvidas, o ginásio *Fitness Premium, Corpus Sanus - Health Club*, o Ginásio Municipal de São Marçal e o ginásio *Personal Body -Wellnesscare* e aos seus Técnicos e seus utentes, pois sem eles este estudo não teria sido possível.

Os meus sinceros agradecimentos a todos os que permitiram de uma forma direta e indireta a realização da presente dissertação.

A todos um Muito Obrigada!

## LISTA DE ABREVIATURAS

AN .....	Anorexia Nervosa
BN.....	Bulemia Nervosa
DSM-5 .....	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - Texto Revisado, 2013
DSM-IV-TR .....	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - Texto Revisado, 2002
EDE-21 .....	Escala de Dependência de Exercício - 21
IMC.....	Índice de Massa Corporal
SPSS .....	Statistical Package for Social Sciences

## RESUMO

O exercício físico excessivo tem efeitos adversos e traz consequências a vários níveis. Este pode criar dependência, inclusive distúrbios comportamentais e mentais, dentro do campo obsessivo compulsivo. A definição do conceito de dependência do exercício físico tem sido alvo de muita pesquisa e debate, nas últimas décadas. Ao longo do tempo, muitos estudos têm sido realizados, mas, parece não haver um consenso, entre os autores, na denominação e classificação deste fenómeno. A literatura que existe, não está bem fundamentada e por isso, ainda, não está contemplado no DSM-5 (2013).

Este estudo tem como objetivo geral verificar a prevalência da dependência do exercício físico entre os utentes de ginásios, situados no Concelho de Oeiras, que pratiquem exercício físico há pelo menos um mês. Este estudo teve, ainda, como objetivos verificar de que forma as faixas etárias, os dados antropométricos, a formação académica, a frequência da prática de exercício e o tipo de exercício iriam influenciar a prevalência da dependência do exercício físico.

No presente estudo participaram 363 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos de idade. O instrumento utilizado, no presente estudo, para a verificação da prevalência da dependência do exercício, foi o “Questionário de Dependência do Exercício”, de nome original, “Exercise Addiction Inventory”, (EAI). O referido instrumento, foi integrado na terceira seção de um questionário. O questionário é constituído por apenas uma página e foi dividido em três secções.

O tratamento dos dados foi realizado recorrendo ao programa SPSS.

Através, deste estudo, verifica-se que o género, as faixas etárias, os dados antropométricos e a formação académica não influenciam a prevalência da dependência do exercício físico. Contudo, a frequência da prática de exercício e o tipo de exercício praticado, nomeadamente, a musculação e a corrida em passadeira, influenciam a prevalência da dependência do exercício físico.

Concluimos, que este trabalho reforça as conclusões já apresentadas por outros autores, verificando-se que a dependência do exercício físico é algo que existe, mas, tem que ser melhor fundamentada e investigada, de forma a poder entrar para o Manual de Diagnóstico de Perturbações Mentais (DSM).

Palavras-chave: Dependência do exercício, prevalência, gênero, faixas etárias, dados antropométricos, formação acadêmica, frequência e tipo de exercício.

## **ABSTRACT**

Excessive physical exercise has adverse effects and has consequences on several levels. This can create addiction, including behavioural and mental disorders, within the obsessive compulsive field. The definition of the exercise addiction concept has been the subject of much research and debate in recent decades. Over time, many studies have been conducted, but, there seems to be no consensus among the authors in the denomination and classification of this phenomenon. The literature that exists is not well founded and is therefore, also not included in DSM-5 (2013).

This study has the general objective to determine the prevalence of exercise addiction among gym users, situated in the municipality of Oeiras, who had been exercising for at least one month. This study was also conducted to verify how the age, anthropometric data, academic education, frequency of exercise training and type of exercise would influence the prevalence of exercise addiction.

In this study 363 subjects participated, aged between 18 and 75 years old. The instrument used in this study, to verify the prevalence of exercise dependence, was the "Exercise Dependence Questionnaire", originally named, "Exercise Addiction Inventory" (EAI). This instrument was integrated into the third section of a questionnaire. The questionnaire comprised of only one page and it was divided into three sections.

Data analysis was performed using the SPSS program.

From this study, it appears that gender, age groups, anthropometric data and academic education does not influence the prevalence of exercise addiction. However, the frequency of exercise training and the type of exercise performed, in particular, weight training and treadmill running, influence the prevalence of exercise addiction.

In conclusion, this study reinforces the conclusions already made by other authors, verifying that exercise addiction is something that exists, but has to be better founded and investigated in order to be able to be entered into the Diagnostic Manual of Mental Disorders (DSM).

**Keywords:** Exercise addiction, prevalence, gender, age groups, anthropometric data academic education, frequency and type of exercise.

## INDICE GERAL

Agradecimentos .....	I
Lista de Abreviaturas.....	II
Resumo .....	III
Abstract .....	V
Índice Geral .....	VI
Índice de Tabelas.....	VIII
INTRODUÇÃO .....	1
CAPITULO I .....	3
REVISÃO DA LITERATURA.....	3
1.1. Definição e benefícios da prática de exercício físico .....	4
1.2. Dependência do exercício físico.....	5
1.2.1. Conceptualização do termo dependência do exercício .....	6
1.2.2. A Evolução da definição do conceito da dependência do exercício físico .....	10
1.2.3. Dependência do exercício e perturbações alimentares .....	13
1.2.4. Diferenças entre os géneros na prevalência da dependência do exercício físico.....	15
CAPITULO II .....	16
OBJETIVOS .....	16
2.1. Objetivo geral do estudo.....	17
2.2. Formulação do problema .....	17
2.3. Objetivos específicos do estudo .....	17
2.4. Formulação de hipóteses .....	18
CAPITULO III.....	20
METODOLOGIA .....	20
3.1. Análise descritiva da amostra .....	21
3.2. Instrumentos .....	21
3.3. Desenho do estudo.....	24
3.4. Procedimentos .....	24
3.4.1. Operacional .....	24
3.4.2. Estatística .....	25
CAPITULO IV.....	27
RESULTADOS.....	27
4.1. Variável género .....	28
4.2. Variável idade .....	28
4.3. Variável dados antropométricos .....	29
4.3.1. Variável altura.....	29
4.3.2. Variável peso.....	30
4.4. Variável formação académica .....	30
4.5. Variável “frequência da prática de exercício físico” .....	31
4.5.1. Variável “diferentes tipos de exercícios praticados” .....	32
4.5.2. Variável aulas de grupo.....	32

4.6. Variável questões .....	33
4.7. Variável sintomas .....	34
4.8. Prevalência da dependência do exercício físico entre os utentes de ginásios (géneros masculino e feminino) .....	35
4.9. Prevalência da dependência do exercício físico em diferentes faixas etárias .....	37
4.10. Prevalência da dependência do exercício físico em função dos dados antropométricos .....	38
4.11. Prevalência da dependência do exercício físico em função da formação académica .....	39
4.12. Prevalência da dependência do exercício físico em função da frequência da prática de exercício físico .....	40
4.13. Prevalência da dependência do exercício físico em função dos diferentes tipos de exercícios praticados .....	40
4.14. Cálculos Alfa Cronbach .....	42
CAPITULO V .....	43
DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	43
5.1. Prevalência da dependência do exercício físico entre os utentes de ginásios (géneros masculino e feminino) .....	44
5.2. Prevalência da dependência do exercício físico em diferentes faixas etárias .....	46
5.3. Prevalência da dependência do exercício físico em função dos dados antropométricos .....	46
5.4. Prevalência da dependência do exercício físico em função da formação académica .....	47
5.5. Prevalência da dependência do exercício físico em função da frequência da prática de exercício físico .....	48
5.6. Prevalência da dependência do exercício físico em função dos diferentes tipos de exercícios praticados .....	48
CAPITULO VI.....	50
CONCLUSÕES .....	50
CAPITULO VII .....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53
ANEXO 1 .....	60
ANEXO 2 .....	61
ANEXO 3 .....	63
ANEXO 4 .....	65
ANEXO 5 .....	68
ANEXO 6 .....	69
ANEXO 7 .....	71
ANEXO 8 .....	73
ANEXO 9 .....	75
ANEXO 10 .....	76
ANEXO 11 .....	77
ANEXO 12 .....	78
ANEXO 13 .....	79
ANEXO 14 .....	80
ANEXO 15 .....	82



## INDICE DE TABELAS

Tabela 1. Definição dos seis sintomas .....	22
Tabela 2. Correspondência entre os critérios e as questões com base nos autores Terry et al. (2004) .....	23
Tabela 3. Score categorizado com a correspondente classificação.....	24
Tabela 4. Descritiva da variável Género.....	28
Tabela 5. Medida de tendência central da variável Género .....	28
Tabela 7. Medidas de dispersão da variável Idade .....	29
Tabela 8. Medidas de tendência central da variável Altura .....	29
Tabela 9. Medidas de dispersão da variável Altura .....	29
Tabela 10. Medidas de tendência central da variável Peso.....	30
Tabela 11. Medidas de dispersão das variáveis Peso.....	30
Tabela 12. Descritiva da variável Formação Académica .....	31
Tabela 13. Medida de Tendência Central da Variável Formação Académica .....	31
Tabela 14. Medidas de tendência central da variável “Número de vezes que pratica exercício físico por semana” .....	31
Tabela 15. Medidas de dispersão da variável “Número de vezes que pratica exercício físico por semana” .....	32
Tabela 16. Descritiva da variável “Número de vezes que pratica diferentes tipos de exercício por semana” .....	32
Tabela 17. Número de sujeitos que praticam de desportos em aulas de grupo por semana .....	33
Tabela 18. Descritiva da variável Questões.....	34
Tabela 19. Descritiva da variável Sintomas .....	35
Tabela 20. Descritiva da variável “Score categorizado” .....	35
Tabela 21. Descritiva da variável “Score categorizado” em função da variável “Género” .....	36
Tabela 22. Descritiva da variável “Score categorizado” em função da variável “Género”, relativamente à média .....	36
Tabela 23. Resultados para variável “Faixas Etárias” .....	37
Tabela 24. Resultados para variável “IMC” .....	38
Tabela 25. Resultados para a variável “Formação Académica” .....	39
Tabela 26. Resultados para a variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “frequência da prática de exercício físico” .....	40
Tabela 27. Resultados da variável “diferentes tipos de exercícios praticados” .....	41

## **INTRODUÇÃO**

A prática regular de exercício físico traz inúmeros benefícios para os praticantes, tanto a nível do bem-estar físico, fisiológico como psicológico. Tornou-se, assim, um instrumento fundamental para os programas direcionados à promoção da saúde.

Devido ao ritmo acelerado da sociedade atual, onde as exigências pessoais e sociais são cada vez maiores, é de extrema importância o incentivo à prática de atividade física regular.

O exercício físico regular poderá ser definido como um conjunto de atividades planeadas e estruturadas, a partir de movimentos complexos, realizados com frequência, intensidade e duração suficiente para ser eficaz na promoção da saúde e desempenhar um papel significativo na prevenção de doenças. É de extrema importância, quando se prescreve um plano de exercícios, ter em atenção a idade, o género, o nível de aptidão física do indivíduo em questão e verificar, sempre, se existe alguma patologia de base.

Algumas pessoas consideram que a prática de exercício físico está associada a um estado agradável ou de alívio de um estado de humor desagradável. Essas pessoas, para quem o exercício físico está associado a um estado agradável ou de alívio de estados de humor desagradáveis, podem ser mais vulneráveis ao desenvolvimento da dependência do exercício físico.

O exercício físico excessivo tem efeitos adversos e traz consequências a vários níveis. Este pode criar dependência, inclusive distúrbios comportamentais e mentais, dentro do campo obsessivo compulsivo.

O comportamento dependente é definido como um padrão de hábitos repetidos, que aumenta o risco de doença e de problemas sociais. São comportamentos caracterizados pela falta de controlo, apesar de existir, por vezes, a tentativa de moderar esses comportamentos, que são, tipicamente, caracterizados por recompensa imediata e por, só mais tarde, revelarem os efeitos prejudiciais a eles associados. As tentativas de mudar estes comportamentos (através de tratamento) são, tipicamente, marcadas com altas taxas de recaída (M. D. Griffiths, 2005).

Em 2013, a APA atualizou o Manual de Diagnóstico de Perturbações Mentais (DSM), passando a ser designado por DSM-5, e acrescentou as perturbações do foro comportamental, as quais não incluem o consumo de substâncias psicoativas (Freimuth, Moniz, & Kim, 2011).

Portanto, atualmente, o conceito de dependência envolve três vertentes diferentes, sendo elas: dependência de substâncias químicas, perturbações

comportamentais (não químicas e não farmacológicas) e perturbações alimentares (Egorov & Szabo, 2013).

As perturbações comportamentais incluídas foram as de dependência do jogo, no conceito generalizado, e as de dependência do jogo na internet. Contudo, perturbações como dependência do sexo, da prática de exercício físico ou de compras, não foram ainda incluídas, pois a literatura que existe não está bem fundamentada (DSM, 2013).

A definição do conceito de dependência do exercício físico tem sido alvo de muita pesquisa e debate, nas últimas décadas. Ao longo do tempo, muitos estudos têm sido realizados, mas, parece não haver um consenso, entre os autores, na denominação e classificação deste fenómeno.

Acredita-se, também, que existe uma forte ligação entre a dependência da prática do exercício físico e várias formas de distúrbios alimentares. Vários estudos relatam que o comportamento ligado a transtornos alimentares muitas vezes é acompanhado de níveis exagerados de prática de exercício físico. Da mesma forma, a relação inversa, também, tem sido estabelecida, ou seja, os indivíduos afetados pela dependência do exercício físico, muitas vezes mostram uma preocupação excessiva com a imagem corporal, peso e controlo da dieta/alimentação.

De facto, o exercício físico melhora a qualidade de vida, o funcionamento do corpo e resistência, assim como diminui a incidência de problemas ao nível da saúde geral dos indivíduos.

No entanto, o exercício físico deve ser praticado na medida certa, com a consciência de que o considerado saudável poderá tornar-se “não saudável” quando realizado em excesso.

**CAPITULO I**  
**REVISÃO DA LITERATURA**

## **1.1. DEFINIÇÃO E BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO**

A prática de exercício físico é vista, na sociedade, como um aspeto desejável do comportamento humano. A atividade física, praticada com regularidade, está, intimamente, relacionada com a obtenção ou manutenção da qualidade de vida do ser humano, uma vez que atua, tanto ao nível físico como aos níveis fisiológico e psicológico (Fattore, 2014). Tornou-se, assim, um instrumento fundamental para os programas direcionados à promoção da saúde.

O exercício regular resulta na diminuição de dores crónicas, contribuindo, também, para retardar o envelhecimento, através da melhoria da capacidade funcional, melhorando a resistência à fadiga e a flexibilidade. Proporciona, ainda, um aumento da força muscular e da resistência dos músculos ao esforço, levando a uma melhor eficácia funcional. Atua, também, no sentido de diminuir o abuso do consumo de substâncias psicoativas. A prática regular de exercício favorece a redução da taxa de obesidade, diminuição da taxa de diabetes, da hipertensão, da osteoporose, do aparecimento de doenças cardiovasculares, do risco de enfarte e da taxa de aparecimento de cancros. Psicologicamente, a prática de exercício regular ajuda a melhorar, significativamente, problemas com a autoestima, diminuindo, ainda, a ansiedade e a depressão (Hillman, Erickson, & Kramer, 2008; Cook, Hausenblas, Tuccitto, & Giacobbi, 2011). Face ao exposto, os indivíduos que praticam regularmente uma atividade física apresentam-se mais motivados para adotar hábitos de vida mais saudáveis (Landolfi, 2013).

Portanto, na sociedade atual, é de extrema importância o incentivo à prática de atividades físicas regulares (Pate et al., 1995).

O exercício físico regular poderá ser definido como um conjunto de atividades planeadas e estruturadas, a partir de movimentos complexos, realizados com frequência, intensidade e duração suficiente para ser eficaz na promoção da saúde e desempenhar um papel significativo na prevenção de doenças. É de extrema importância, quando se prescreve um plano de exercícios, ter em atenção a idade, o género, o nível de aptidão física do indivíduo em questão e verificar, sempre, se existe alguma patologia de base (Berczik et al., 2012).

O Colégio Americano de Medicina Desportiva (American College of Sports Medicine's - ACSMs, 2010) recomenda que um indivíduo com idade compreendida entre os 18 e os 64 anos deve praticar, por semana, 150 minutos de exercício aeróbio moderado a vigoroso, de forma a obter os efeitos positivos de uma prática regular do referido exercício.

Sabe-se que o exercício físico, quando realizado em intensidade, frequência e duração incorretas e associado a motivações erradas, como, por exemplo, fatores estéticos ou por tendências sociais, esta mesma prática poderá tornar-se num fator prejudicial à saúde e criar níveis de dependência, estando associada, ainda, a desordens alimentares (Mónok et al., 2012).

Ano após ano e devido à pressão social que existe à volta do corpo perfeito, o número de indivíduos que realizam atividade física para, apenas, melhorar ou manter a qualidade de vida e saúde são cada vez menores, pois as tendências consideram a magreza como uma situação ideal de aceitação social para as mulheres e, por outro lado, para o homem, a tendência de um corpo ideal é um corpo mais forte ou volumoso (Vartanian, Wharton, & Green, 2012).

## **1.2. DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO**

Consultando uma enciclopédia comum, o conceito de “dependência” vem, frequentemente, associado à dependência física e psíquica. Contudo, a forma como este conceito é conceptualizado, tem vindo a evoluir, ao longo tempo. O comportamento dependente é definido como um padrão de hábitos repetidos, que aumenta o risco de doença e de problemas sociais. São comportamentos caracterizados pela falta de controlo, apesar de existir, por vezes, a tentativa de moderar esses comportamentos, que são, tipicamente, caracterizados por recompensa imediata e por, só mais tarde, revelarem os efeitos prejudiciais a eles associados. As tentativas de mudar estes comportamentos (através de tratamento) são, tipicamente, marcadas com altas taxas de recaída (M. D. Griffiths, 2005).

Em 2013, a APA atualizou o Manual de Diagnóstico de Perturbações Mentais (DSM), passando a ser designado por DSM-5, e acrescentou as desordens do foro comportamental, as quais não incluem o consumo de substâncias psicoativas (Freimuth, Moniz, & Kim, 2011). Portanto, atualmente, o conceito de dependência envolve três vertentes diferentes, sendo elas: dependência de substâncias químicas, desordens comportamentais (não químicas e não farmacológicas) e desordens alimentares (Egorov & Szabo, 2013).

As desordens comportamentais incluídas foram as de dependência do jogo, no conceito generalizado, e as de dependência do jogo na internet. Esta atualização forneceu uma ferramenta fundamental para os profissionais, pois passou a permitir avaliar quando um determinado comportamento começa a torna-se patológico. Contudo,

desordens como dependência do sexo, da prática de exercício físico ou de compras, não foram ainda incluídas, pois a literatura que existe não está bem fundamentada (DSM, 2013).

A definição do conceito de dependência do exercício físico tem sido alvo de muita pesquisa e debate, nas últimas décadas. Ao longo do tempo, muitos estudos têm sido realizados, mas, parece não haver um consenso, entre os autores, na denominação e classificação deste fenómeno. Denominações como “adição à corrida” (Glasser, 1976), “correr obrigatório” (Yates, 1991), “exercício mórbido” (Chalmers, 1984), “exercício compulsivo” (Pasman e Thompson, 1988) e “dependência de exercício” (Veale, 1987) são algumas das expressões utilizadas para abordar o problema. Este facto prejudica a investigação, uma vez que leva a literatura existente a tornar-se confusa e disso resulta a falta de critérios sólidos para a fundamentação e certificação do referido fenómeno no DSM-5 (2013).

#### **1.2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO TERMO DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO**

Segundo Brown (1993) e Griffiths (1996) (citado em Allegre, Souville, Therme, & Griffiths, 2006), existem duas conceptualizações diferentes para dependência do exercício. Uma, que é baseada nos critérios de diagnóstico de dependência de substâncias da DSM-IV-TR, e a outra, que é baseada nos componentes comportamentais das dependências.

A conceptualização da dependência do exercício, baseada nos critérios de diagnóstico de dependência de substâncias do DSM-IV-TR, surge com os trabalhos de investigação de Veale (1987 e 1995). Estes estudos contribuíram, significativamente, para o avanço da definição e da medição da dependência do exercício. Vários estudos utilizaram estes critérios para descrever, definir e avaliar a dependência do exercício (Hausenblas e Downs 2002b; Klein et al., 2004). A definição que teve maior reconhecimento foi a proposta por Veale (1987 e 1995), uma vez que inclui tanto perspectivas biomédicas (por exemplo, tolerância), como perspectivas psíco sociais (Interferência com o funcionamento social e ocupacional).

Analisando a definição de Veale, baseada em critérios do DSM-IV-TR, a dependência do exercício deveria ser operacionalizada com um padrão multidimensional e de má adaptação ao exercício, levando a um distúrbio clínico significativo (Hausenblas e Downs 2002b). A Escala de Dependência de Exercício, proposta por Hausenblas e Downs (2002b), é baseada nos critérios de diagnósticos de

dependência de substâncias do DSM-IV-TR. Estes critérios são: privação ou abstinência, continuidade, tolerância, falta de controle, redução de outras atividades, tempo e efeito de intenção. De seguida, resumir-se-á cada um destes critérios.

- Privação ou abstinência - é manifestado por qualquer sintoma característico de privação ao exercício (por exemplo ansiedade, fadiga).
- Continuidade - ocorre quando o indivíduo continua o exercício físico, apesar de saber que tem um problema psicológico ou físico, persistente ou recorrente (ex. continuar a correr, apesar de estar lesionado).
- Tolerância - ocorre quando existe a necessidade de aumentar o volume de exercício, para conseguir os efeitos desejados.
- Falta de controle - ocorre quando há um desejo persistente para manter ou aumentar a quantidade de exercício praticada, ou quando há um esforço mal sucedido, para diminuir ou interromper o exercício.
- Redução noutras atividades - ocorre, quando o indivíduo abandona ou reduz as atividades sociais, laborais ou de lazer, para poder praticar exercício.
- Tempo - ocorre, quando grande parte do tempo é ocupado com a prática exercício físico.
- Efeitos Intencionados - ocorrem quando o exercício é frequentemente realizado em excesso e em períodos mais longos do que estava inicialmente previsto.

As propriedades psicométricas das medições (conteúdo e validade, teste e re-teste, bem como a fiabilidade da consistência interna) foram examinados ao longo de uma série de cinco estudos independentes, com um total de 2240 participantes (Hausenblas e Downs, 200b). Esta população era composta por estudantes universitários americanos. Os autores concluíram que os seus estudos deram suporte à criação da Escala de Dependência de Exercício, um modelo de 21 itens distribuídos pelos sete fatores, que correspondem aos critérios de diagnósticos da dependência do exercício, acima descritos.

A conceptualização da dependência do exercício, baseada nos componentes comportamentais das dependências, surgiu com os trabalhos de investigação de Brown's (1993, citado em M. Griffiths, 1997) e de Griffiths (1997).

Brown's (1993, citado em M. Griffiths, 1997), no trabalho que desenvolveu descreveu componentes gerais de vícios, enquanto que Griffiths (1997) aprofundou a



sua pesquisa sobre os sintomas de abstinência, que surgem quando um indivíduo não pode praticar atividade física.

Deste modo, M. Griffiths, (1997) propõe seis critérios, que se traduzem em sintomas da dependência do exercício, que têm como objetivo avaliar a referida dependência.

Os sintomas são:

- **Importância** - ocorre, quando a prática de exercício físico é a ocupação mais importante da vida do sujeito.
- **Conflito** - ocorre quando surgem conflitos entre o sujeito e a sua família e/ou parceiro, sobre a quantidade de exercício que pratica.
- **Alteração de humor** - ocorre, quando o sujeito utiliza a prática de exercício físico como forma de modificar o seu estado de humor.
- **Tolerância** - ocorre, quando, ao longo do tempo, vai aumentando, progressivamente, a quantidade de exercício que é praticada.
- **Abstinência** - ocorre quando falta a uma sessão de treino e o sujeito fica mal-humorado e irritável.
- **Recaída** - ocorre, quando o sujeito, por algum motivo, tem de interromper a prática de exercício físico que habitualmente realiza e, posteriormente, quando a retorna, acaba sempre por praticar com a mesma frequência.

O tipo, a frequência e a intensidade com que são sentidos estes sintomas variam de indivíduo para indivíduo, assim como, também variam em função da modalidade desportiva que for praticada. Para M. Griffiths et al (1997, 2005 e 2015), a avaliação da dependência do exercício não pode ser baseada somente nestes seis sintomas de forma isolada. Há todo um conjunto de fatores, quer ambientais, quer emocionais, fisiológicos e físicos a ter em consideração.

Em 2004, Terry, Szabo, & Griffiths publicaram um estudo onde vêm propor um novo instrumento de avaliação da dependência do exercício, de nome “Questionário de Dependência do Exercício”, de nome original, “Exercise Addiction Inventory”, (EAI). O Questionário de Dependência do Exercício é composto por seis questões e estas baseiam-se nos seis sintomas acima descritos (importância, conflito, alteração de humor, tolerância, abstinência e recaída), sendo que cada um é indicativo de um comportamento de dependência. As referidas questões estão inseridas numa escala de

opção de resposta, que varia do “discordo totalmente” (1) e “concordo totalmente” (5), tendo como base a Escala de Likert (Bryman & Cramel, 1990).

Os autores, para se certificarem de que o referido Questionário seria validado e confiável, fundamentaram os seus resultados de confiabilidade e validade, através dos resultados obtidos pela utilização em diferentes estudos da Escala de Dependência de Exercício, de nome original, “Exercise Dependence Scale-21”, (EDS-21), desenvolvida por Hausenblas e Symons Downs (2002), e do Questionário de Exercício Obrigatório, com o nome original “Obligatory Exercise Questionnaire”, desenvolvido por Thompson and Pasman, 1991, citado por Terry et al. (2004). O objetivo dos autores foi a criação de um instrumento de avaliação mais simples que os outros dois referidos, de forma a ter um tempo de preenchimento mais curto, sem deixar de ser igualmente valido e confiável.

Griffiths e os seus colegas, ao longo dos últimos anos, publicaram diversos trabalhos, em que utilizaram o Questionário acima referido. Assim, em 2015, Mark D Griffiths et al. realizaram um estudo em que aplicaram o referido Questionário, envolvendo cinco países (Dinamarca, Hungria, Espanha, Inglaterra e Estados Unidos da América), com 6031 participantes, tendo como base de comparação a Escala de Dependência de Exercício, de Hausenblas e Symons Downs (2002). Os objetivos foram, uma vez mais demonstrar a validade e a confiabilidade do referido Questionário, mesmo sendo apenas constituído por seis questões, podendo ser uma versão mais simples e rápida de resposta para o estudo da dependência do exercício. Teve, ainda, como objetivo demonstrar que pode ser aplicado em diferentes culturas e desportos.

Segundo os autores Freimuth et al. (2011), Landolfi (2013), Fattore (2014), a conceptualização do excesso de exercício, pelos critérios diagnósticos ou pelos componentes comportamentais, classificam-no, definitivamente no domínio da dependência. Segundo Szabo & Griffiths, (2007), apesar de todos os estudos já realizados, a prevalência da dependência do exercício continua a ser desconhecida, continuando a não haver consenso entre os autores.

Contudo, e apesar das diferenças encontradas nos diferentes estudos, estas duas conceptualizações permitirem a classificação de indivíduos como dependentes ou não.

## **1.2.2. A EVOLUÇÃO DA DEFINIÇÃO DO CONCEITO DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO**

O *boom* do *fitness* ocorreu na década de 1970, o que levou a um entusiasmo infecioso, pois muitas foram as pessoas que começaram a interessar-se pelo assunto e a iniciar uma atividade física (Landolfi, 2013). Contudo, a primeira referência acerca do tema “dependência do exercício” surge 1969, com a investigação levada a cabo pelo autor Little. A investigação que o referido autor desenvolveu descreve casos de “ultra empenho” em homens de meia-idade que, apesar de lesões e outras complicações, continuavam com a sua atividade física.

Em 1970, Baekeland realizou um estudo, onde constatou que praticantes regulares de atividade física, neste caso corrida, resistiam fortemente à suspensão das suas rotinas de exercício, mesmo que fosse oferecido dinheiro em troca. Através da realização deste estudo, o referido autor verificou que os atletas sofriam de alterações fisiológicas, sempre que fossem privados dos seus programas de treino. Perante estes resultados, afirmou que aquelas pessoas eram dependentes do exercício e por sua vez não se conseguiam abster dele. O mesmo autor referiu, ainda, que os mesmos sofriam de sintomas de ansiedade, inquietude, tensão sexual e sono leve.

As subsequentes investigações examinaram o conceito de dependência do exercício, propondo dois novos conceitos: a “dependência positiva” (Glasser, 1976) e a “dependência negativa” (Morgan, 1979, citado por Egorov & Szabo, 2013; M. Griffiths, 1997; Thaxton, 1982).

A dependência do exercício foi primeiramente considerada uma “dependência positiva”, uma vez que se considerava que o exercício apenas conduzia a benefícios psicológicos e fisiológicos (Glasser, 1976). Para este autor, a dependência do exercício era uma atividade agradável, que produzia prazer ou euforia, aumentando a força mental e causando uma “superioridade mística”. O pensamento geral era de que muito exercício faria as pessoas sentirem-se bem. Glasser (1976), citado em Coverley Veale (1987), descreveu, pela primeira vez, o efeito negativo que ocorre quando os praticantes são forçados a parar devido a uma lesão, uma doença ou outra circunstância que não permita a prática de exercício físico. Os sintomas consistiam em pequenos transtornos do humor (por exemplo, depressão, irritabilidade, fadiga, ansiedade, desconcentração e distúrbios do sono).

Em 1979, Morgan (citado por Egorov & Szabo, 2013) apresentou a ideia de que correr é uma “droga-maravilha”, justificando, assim, a definição de dependência

negativa. Para Morgan, a dependência manifestar-se-ia, se o indivíduo necessitasse de exercício para existir e, caso não pudesse praticar exercício, desenvolvia a síndrome de abstinência, ficava ansioso e irritável. Para este investigador, a dependência do exercício não era diferente do processo de dependência de substâncias psicoativas. Este autor veio questionar a conceptualização de Glasser, pois, para ele a dependência do exercício era uma disfunção de comportamento, trazendo consequências negativas e não positivas.

Russel (1976), citado por Coverley Veale (1987), propôs uma definição ampla de dependência, da qual a característica essencial é o afeto negativo devido à ausência de um fármaco, objeto ou atividade. O grau de dependência é equiparado ao montante deste afeto negativo, que pode oscilar entre o desconforto ligeiro à fixação externa.

Sachs e Pargman, em 1979 (citado por M. Griffiths, 1997), desenvolveram um estudo com indivíduos que corriam e, caso não pudessem treinar, apresentavam sintomas de ansiedade, culpa, inquietude, irritação e desconforto. Verificou, ainda, que estes sintomas permaneciam até 24 a 36 horas após os indivíduos não terem podido correr. Os referidos autores cunharam a noção de dependência da corrida, como “running addiction”.

Thaxton em 1982, na investigação que desenvolveu, estudou, de forma mais aprofundada, os sintomas de abstinência em corredores. Descobriu que, após apenas um dia de ausência de treino, havia aumentos significativos na depressão, segundo a Escala Perfil de Estados de Humor, nome original “Profile of Mood States” e aumentos na resposta galvânica da pele.

Em 1983, os investigadores começaram a investigar a dependência do exercício físico como uma mera variante da NA.

Em 1987, Coverley Veale propôs que a prática excessiva de exercício físico deveria ser vista e tratada como um estado de dependência, distinguindo-a entre uma dependência primária e secundária.

Para realizar o diagnóstico de uma dependência primária ao exercício teria de efetuar, primeiramente, a exclusão de um diagnóstico de Anorexia Nervosa (AN). Caso desse negativo, seguidamente, realizava-se um diagnóstico para excluir uma Bulimia Nervosa (BN) e, se desse negativo, então aí, efetuava-se um diagnóstico de dependência primária. Assim, a dependência primária, segundo este autor, consistia na perda de peso, mas não representava o principal objetivo. Estava associada a uma desordem independente, que consistia na realização de exercício físico excessivo, por motivos fisiológicos ou psicológicos, em que o exercício seria um fim por si próprio.

A dependência secundária baseava-se em indivíduos com transtornos alimentares, tendo como único objetivo a perda/controlar o peso. Trata-se de uma preocupação doentia com o peso e o facto de querer melhorar a sua imagem corporal através do exercício.

O autor propôs o termo “dependência de exercício”, por considerá-lo similar aos demais tipos de dependências e recomendou um conjunto de critérios, baseando-se no Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais, nome original, “Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders” (DSM).

Em 1990, Goodman propõe uma definição de dependência com os critérios de diagnóstico especificados no DSM-III-R. Contudo, a integração do conceito de dependência, tanto na teoria como na prática da psiquiatria, foi dificultada por falta de literatura conclusiva.

M. Griffiths (1997) publicou um estudo de caso que realizou com uma atleta que praticava corrida. Neste estudo, descrevendo o comportamento e a forma como a jovem sofreu por ser dependente de exercício e ao mesmo tempo investigou sobre os sintomas de abstinência e as suas consequências.

Em 2002, é publicado uma atualização do Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais, passando a denominar-se DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Mental Disorders – Text Review, 2002), onde a dependência é caracterizada pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua a utilizar uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. No mesmo ano, é publicado um estudo realizado por Hausenblas e Symons Downs (2002) sobre a Escala de Dependência ao Exercício (EDE-21), de nome original, “Exercise Dependence Scale-21”, (EDS-21). Esta escala é formada por 21 itens que procede à avaliação de sintomas de dependência do exercício, com base no Manual DSM-IV-TR. A presente escala baseia-se em sete critérios: Tolerância, Privação (ou abstinência), Efeitos intencionados, Falta de Controlo, Tempo, Redução noutras Atividades e Continuidade.

Hausenblas e Downs (2002a) definiram a dependência de exercício como uma forma de utilizar o tempo livre em atividade física que resulta em comportamento excessivo incontrolável e exercício físico que se manifesta em sintomas fisiológicos e psicológicos.

Em 2004, Terry, Szabo, & Griffiths, publicaram um estudo onde vêm propor uma novo instrumento de avaliação da dependência do exercício, de nome Inventário de

Dependência ao Exercício, de nome original, “Exercise Addiction Inventory”, (EAI). Os autores basearam-se na Escala de Dependência de Exercício, de nome original, “Exercise Dependence Scale-21”, (EDS-21), desenvolvida por Hausenblas e Symons Downs (2002) e no Questionário de Exercício Obrigatório, com o nome original, “Obligatory Exercise Questionnaire”, desenvolvido por Thompson and Pasman, 1991, citado por Terry et al. (2004).

Em 2015, Mark D Griffiths et al., realizaram um estudo que envolve cinco países (Dinamarca, Hungria, Espanha, Inglaterra e Estados Unidos da América), com 6031 participantes. O objetivo foi demonstrar a validade e confiabilidade do referido Inventário, tendo como base de comparação a Escala de Dependência de Exercício, de Hausenblas e Symons Downs (2002), de forma a que este Inventário possa ser uma versão mais simples da Escala de Dependência de Exercício.

Segundo Weinstein & Weinstein (2014), dependência do exercício é caracterizada por um comportamento obsessivo-compulsivo.

Desde que se começou a investigar sobre a prática de exercício excessivo, aumentou o interesse pelo tema dependência do exercício e ao longo dos anos, surgiram várias conceptualizações na literatura. Estas definições salientam fatores comportamentais, psicológicos e fisiológicos. Contudo, até à presente data, não existe consenso entre os investigadores relativamente ao tema.

### **1.2.3. DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO E PERTURBAÇÕES ALIMENTARES**

Muitos autores acreditam que existe uma forte ligação entre a dependência da prática de exercício físico e várias formas de distúrbios alimentares. Vários estudos relatam que o comportamento ligado a transtornos alimentares muitas vezes é acompanhado de níveis exagerados da prática de exercício. Da mesma forma, a relação inversa também tem sido estabelecida. Os indivíduos afetados pela dependência do exercício, apresentam uma preocupação excessiva com a imagem corporal, peso e controlo da dieta/alimentação (Kontic et al., 2012; Vartanian et al., 2012).

Os médicos desde há muitos anos que estão conscientes da prática disfuncional de exercício entre os indivíduos com diagnóstico de AN e BN. A publicação do DSM-III-R há cerca de duas décadas inclui o exercício excessivo nos critérios de diagnóstico para BN. Contudo, só nos últimos anos é que os investigadores começaram a analisar sistematicamente a prevalência e a correlacionar a prática excessiva de exercício em pacientes com transtornos alimentares.

De acordo com os autores Freimuth et al. (2011), as desordens alimentares são a mais comum desordem que ocorre com a dependência do exercício, aproximadamente 39-48% das pessoas sofre de distúrbios alimentares e de dependência do exercício.

Contudo, a literatura acerca deste tema é muito controversa, pouco esclarecedora e muitos dos estudos desenvolvidos mostram uma grande inconsistência nos resultados obtidos. Esta situação pode ser atribuído ao facto de serem utilizadas diferentes metodologias, investigadores, instrumentos de avaliação, grupos etários de idades diferentes e os estudos serem realizados em períodos diferentes (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010).

Desordens alimentares são consideradas doenças do foro mental e que acarretam consequências muito graves a vários níveis, quer seja a nível físico, fisiológico, como psicológico (Sussman, Lisha, & Griffiths, 2011).

O DSM-5 (2013) caracteriza as desordens alimentares como um distúrbio persistente da alimentação ou comportamentos relacionados com a alimentação, que resultam num consumo ou absorção dos alimentos incorretos e que prejudica seriamente a saúde física ou o funcionamento do psicossocial do indivíduo.

As desordens do foro alimentar estão muitas vezes relacionadas com a presença de casos de ansiedade e depressão, podendo mesmo levar ao suicídio. Está de igual forma ligado ao consumo de substâncias psicoativas e a perturbações de personalidade.

É muito difícil apresentar um número exato de indivíduos que padecem deste tipo de transtorno, devido ao secretismo característico destas desordens e ainda por um típico estado de negação por parte do doente. Portanto, os estudos de prevalência e incidência que são realizados, em torno destes assuntos, têm resultados que provavelmente não correspondem à realidade da nossa sociedade.

Em 2013, Gapin & Kearns, realizaram um estudo para investigar a taxa de prevalência de sintomas relacionados com distúrbios alimentares em 133 estudantes (57 do género masculino e 76 do género feminino). A modalidade que praticavam era remo, competindo nos escalões de peso leve e misto. Preencheram o Questionário de Diagnóstico de Perturbações Alimentares (“Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis - Q-EDD) e o Inventário de Perturbações Alimentares 2 (Eating Disorder Inventory-2 - EDI-2). Os resultados foram, 7% dos remadores do género masculino relataram comportamentos associados com um transtorno alimentar, ao contrário dos remadores do género feminino que apenas 1% relatou comportamentos associados com um transtorno alimentar. Relativamente à presença de sintomas de transtornos

alimentares, 70% dos remadores do género masculino apresentavam tais sintomas, enquanto que, os remadores género feminino tiveram um resultado de 39%. Os autores concluíram que podem ser uma população de atletas em risco de ter ou desenvolver um distúrbio alimentar.

#### **1.2.4. DIFERENÇAS ENTRE OS GÉNEROS NA PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO**

Através da revisão da literatura, verifica-se são muitos os autores que referem as diferenças encontradas entre os géneros e a prevalência da dependência do exercício físico como não sendo diferenças significativas.

Terry et al. (2004), que identificam, no seu estudo, que o género masculino apresentava um valor médio de prevalência da dependência do exercício ligeiramente superior, comparativamente, aos sujeitos do género feminino, numa amostra de 200 indivíduos. Estes valores vão ao encontro de outros estudos já realizados, como é o caso do estudo de Antunes (2006), que refere que os valores entre ambos os géneros são semelhantes. Rosa et al. (2003), realizou um estudo com maratonistas brasileiros, verificando que a amostra feminina não difere da masculina. Esta ideia é reforçada por Furst e Germone, (1993), citado em Rosa, (2003), que também relataram não haver diferenças na dependência de exercício entre homens e mulheres, para diversos tipos de atividades físicas. Outro estudo realizado à volta deste tema, foi realizado pelos autores Lejoyeux et al. (2008). Os resultados obtidos estão de acordo com outras investigações acerca do tema, ou seja, o género não influencia a prevalência da dependência do exercício.



**CAPITULO II**  
**OBJETIVOS**

## **2.1.OBJETIVO GERAL DO ESTUDO**

A prática regular de exercício físico traz inúmeros benefícios para os praticantes, tanto a nível do bem-estar físico como psicológico. Contudo, o exercício físico quando praticado em excesso tem efeitos adversos para a saúde, podendo criar dependência, inclusive distúrbios comportamentais e mentais, dentro do campo obsessivo compulsivo.

Fase ao exposto e com recurso ao Questionário de Dependência do Exercício, anexo 1, de nome original, “Exercise Addiction Inventory”, (EAI), desenvolvida por Terry, Szabo, & Griffiths (2004), este estudo tem como objetivo geral verificar a prevalência da dependência do exercício físico entre os utentes de ginásios, situados no Concelho de Oeiras, que pratiquem exercício físico há pelo menos um mês.

## **2.2.FORMULAÇÃO DO PROBLEMA**

1. Será que há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “género”?
2. Será que há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “faixas etárias”?
3. Será que há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “dados antropométricos”?
4. Será que há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “formação académica”?
5. Será que há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “frequência da prática de exercício físico”?
6. Será que há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “diferentes tipos de exercício praticados”?

## **2.3.OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO**

1. Verificar se há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “género”.
2. Verificar se há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “faixas etárias”.

3. Verificar se há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “dados antropométricos”.

4. Verificar se há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “formação acadêmica”.

5. Verificar se há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “frequência da prática de exercício físico”.

6. Verificar se há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “diferentes tipos de exercícios praticados”.

## 2.4. FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES

1. **Hipótese nula (H0):** Não há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “gênero”.

**Hipótese alternativa (H1):** Há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “gênero”.

2. **Hipótese nula (H0):** Não há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “faixas etárias”.

**Hipótese alternativa (H1):** Há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “faixas etárias”.

3. **Hipótese nula (H0):** Não há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “dados antropométricos”.

**Hipótese alternativa (H1):** Há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “dados antropométricos”.

4. **Hipótese nula (H0):** Não há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “formação acadêmica”.

**Hipótese alternativa (H1):** Há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “formação acadêmica”.

5. **Hipótese nula (H0):** Não há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “frequência da prática de exercício físico”.

**Hipótese alternativa (H1):** Há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “frequência da prática de exercício físico”.

6. **Hipótese nula (H0):** Não há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “diferentes tipos de exercícios praticados”.

**Hipótese alternativa (H1):** Há diferenças estatisticamente significativas na variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “diferentes tipos de exercícios praticados”.

**CAPITULO III**  
**METODOLOGIA**

### **3.1. ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA**

A amostra deste estudo é composta por 363 sujeitos. A amostra é composta por 154 sujeitos do género masculino (42,4%), e por 209 sujeitos do género feminino (57,6%). As idades estão compreendidas entre os 18 anos e os 75 anos, com a idade média de 35,95 anos  $\pm$  11,96 anos.

Todos os sujeitos da amostra são habitantes do Concelhos de Oeirase praticantes de exercício físico há pelo menos um mês.

### **3.2. INSTRUMENTOS**

O instrumento utilizado, no presente estudo, para a verificação da prevalência da dependência do exercício, foi o “Questionário de Dependência do Exercício”, de nome original, “Exercise Addiction Inventory”, (EAI), tendo sido criado pelos autores Terry, Szabo, & Griffiths em 2004. O referido instrumento, foi integrado na terceira seção de um questionário. O questionário em anexo 1, é constituído por apenas uma página e foi dividido em três secções, sendo que na terceira, como já foi referido, corresponde à inserção do instrumento de avaliação designado por “Questionário de Dependência do Exercício”.

A primeira parte, faz uma breve apresentação do estudo, assim como, refere os objetivos e menciona-se, ainda, a anonimidade do mesmo.

A segunda parte, estabelece informação sobre: dados demográficos (género, idade, formação académica), dados antropométricos (altura e peso), dados sobre a frequência semanal da prática de exercício físico e dados sobre a frequência semanal da prática de diferentes tipos de exercícios físico praticados.

O instrumento, “Questionário de Dependência do Exercício”, foi traduzido para português. Para fazer a validação do mesmo, este foi aplicado a dez pessoas diferentes de três ginásios diferentes e todas elas interpretaram as questões, do referido instrumento, da mesma forma. Foram, ainda, realizados os cálculos de consistência interna para o total das questões, recorrendo ao teste de Alfa *Cronbach*. De seguida, os valores obtidos foram comparados com os resultados obtidos pelos autores Terry et al. (2004). De uma forma geral, verificou-se que os valores obtidos neste estudo, apresentam uma consistência interna razoável, conseguindo-se assim a validação do referido instrumento.

Os autores que criaram o instrumento de avaliação, “Questionário de Dependência do Exercício”, basearam-se na “Escala de Dependência de Exercício”, de

nome original, “Exercise Dependence Scale-21”, (EDS-21), desenvolvida por Hausenblas e Symons Downs (2002) e no “Questionário de Exercício Obrigatório”, com o nome original, “Obligatory Exercise Questionnaire”, desenvolvido por Thompson and Pasman, 1991 (citado por Terry et al. 2004). O objetivo foi estabelecer as propriedades psicométricas do referido instrumento de avaliação. Estes pretendiam a criação de um instrumento de avaliação mais simples que os outros dois referidos, de forma a ter um tempo de preenchimento mais curto, não deixando de ser igualmente válido e confiável.

O instrumento é composto por 6 questões. Estas estão inseridas numa escala de opção de resposta que varia do “discordo totalmente” (1) e “concordo totalmente” (5), tendo como base a Escala de Likert (Bryman & Cramel, 1990).

As seis questões, baseiam-se em seis sintomas, sendo eles: importância, conflito, alteração de humor, tolerância, abstinência, recaída, e cada um deles, é indicativo de um comportamento de dependência. Os sintomas estão definidos na tabela 1.

Tabela 1. Definição dos seis sintomas

<b>SINTOMAS</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>
<b>Importância</b>	Ocorre, quando a prática de exercício físico é a ocupação mais importante da vida do sujeito.
<b>Conflito</b>	Ocorre, quando surgem conflitos entre o sujeito e a sua família e/ou parceiro sobre a quantidade de exercício que pratica.
<b>Alteração de humor</b>	Ocorre, quando sujeito utiliza a prática de exercício físico como forma de modificar o seu estado de humor.
<b>Tolerância</b>	Ocorre, quando ao longo do tempo vai sendo sempre aumentada a quantidade de exercício que é praticada.
<b>Abstinência</b>	Ocorre, quando o sujeito falta a uma sessão de treino e o mesmo fica mal-humorado e irritável.
<b>Recaída</b>	Ocorre, quando o sujeito por algum motivo tem que interromper a prática de exercício físico que habitualmente realiza e, posteriormente, quando retorna a prática de exercício físico acaba sempre por praticar com a mesma frequência.

A tabela 2, faz a correspondência entre as questões e os sintomas.

Tabela 2. Correspondência entre os critérios e as questões com base nos autores Terry et al. (2004)

<b>CRITÉRIOS</b>	<b>QUESTÕES</b>
<b>Importância</b>	1. A prática de exercício físico é o pensamento mais importante da minha vida.
<b>Conflito</b>	2. Têm surgido conflitos entre mim e a minha família e/ou o meu parceiro sobre a quantidade de exercício físico que pratico.
<b>Alteração de humor</b>	3. Utilizo a prática de exercício físico como forma de modificar o meu estado de humor (por exemplo, para obter adrenalina, para esquecer, etc).
<b>Tolerância</b>	4. Ao longo do tempo tenho vindo a aumentar a quantidade de exercício físico que realizo por dia.
<b>Abstinência</b>	5. Se tiver que faltar a uma sessão de treino, fico mal-humorado e irritável.
<b>Recaída</b>	6. Se tiver que faltar a uma sessão de treino, fico mal-humorado e irritável.

Estas questões e sintomas pretendem classificar os sujeitos segundo a sua prevalência da dependência do exercício físico, dividindo-os em três grupos diferentes. Esta divisão foi realizada segundo um *score*, que foi tratado ao nível do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), onde se criou uma nova variável designada por *Score* Categorizado.

Os intervalos do *Score* Categorizado são:

- 0 a 12, que corresponde aos sujeitos não dependentes e que não apresentam sintomas de dependência;
- 13 a 23, que corresponde aos sujeitos que não são dependentes, mas já apresentam sintomas associados à dependência de exercício;
- Uma pontuação igual ou superior a 24, corresponde aos sujeitos que se encontram em risco de dependência do exercício.

A tabela 3, faz um resumo dos intervalos do *score* categorizado, com a respetiva classificação.



Tabela 3. Score categorizado com a correspondente classificação

<b>SCORE CATEGORIZADO</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
<b>0-12</b>	Não dependentes e assintomáticos
<b>13-23</b>	Não dependentes e sintomáticos
<b>≥ 24</b>	Em risco de dependência

Através da análise descritiva das seis questões e dos seis sintomas, obteve-se, ainda, valores médios para as respostas dadas pelos sujeitos da amostra, o que ajudou a descrever melhor a amostra em estudo.

### **3.3. DESENHO DO ESTUDO**

O presente estudo envolveu a aplicação de um pequeno questionário, já referido anteriormente, a diferentes indivíduos frequentadores de ginásios há pelo menos 1 mês, no Concelho de Oeiras, de forma aleatória, num só momento e sempre na presença do investigador ou do responsável técnico do espaço. A participação no estudo foi voluntária, anónima e confidencial.

### **3.4. PROCEDIMENTOS**

#### **3.4.1. OPERACIONAL**

Numa primeira fase procedeu-se à revisão da literatura sobre o tema, sendo selecionado um entre os vários questionários existentes. O instrumento de avaliação escolhido foi o “Exercise Addiction Inventory”, este foi traduzido para português, tendo sido atribuído o nome de “Questionário de Dependência do Exercício”. Para fazer a validação do mesmo, foram efetuadas duas tarefas distintas, descritas no ponto 3.2., deste capítulo. Depois de se ter conseguido a validação do referido instrumento, o mesmo foi integrado num questionário.

A forma como foi efetuada a construção do questionário foi descrita no ponto 3.2. deste capítulo.

O contacto para os ginásios foi efetuado, primeiramente, por telefone e, posteriormente, por email, sendo endereçado aos responsáveis técnicos dos mesmos. No email constava o pedido de autorização, os objetivos do estudo e a explicação sobre a confidencialidade no tratamento dos dados. Seguiu, ainda, em anexo, o questionário que se pretendia aplicar aos utentes dos ginásios.

Os ginásios que aceitaram o estudo foram: o ginásio *Fitness Premium, Corpus Sanus - Health Club*, o Ginásio Municipal de São Marçal e o ginásio *Personal Body - Wellnesscare*.

Os questionários foram entregues aos utentes dos ginásios, de forma aleatória, antes, durante ou após a realização do exercício físico, de acordo com a disponibilidade dos mesmos, sempre na presença do investigador ou responsável técnico. Para o seu preenchimento os inquiridos não ultrapassaram os dois minutos.

A recolha de dados decorreu durante dois meses.

À medida que se foi recolhendo os questionários, procedeu-se à introdução dos dados no programa de estatística SPSS, criando uma base de dados. Uma vez finalizada a recolha, iniciou-se a análise dos dados obtidos.

A análise das questões do instrumento “Questionário de Dependência do Exercício” foi realizada de acordo com os critérios descritos pelos autores Terry et al. (2004), sendo atribuído a cada sujeito um grau de dependência, de acordo com a classificação descrita no ponto 3.2., na tabela 3, deste capítulo.

### **3.4.2. ESTATÍSTICA**

Todos os dados do questionário foram introduzidos no programa SPSS 21 para o Windows, para tratamento estatístico.

A cada questão foi atribuída um nome e um número, tendo sido cada uma delas tratadas como variáveis.

Para a análise descritiva da amostra, cada uma das variáveis foi classificada quanto à sua natureza, assim como, foram apresentadas para cada uma delas, tendo sempre em conta a sua natureza, as respetivas tabelas de medidas de tendência central (média, mediana e moda), as tabelas de medidas de dispersão (desvio padrão, variância e amplitude) e as tabelas de frequência.

A variável “prevalência da dependência do exercício físico”, ao nível do programa SPSS, é uma variável que foi tratada como quantitativa (dependente) e o género é uma variável qualitativa nominal (independente), que define dois grupos independentes. para os quais se pretendeu verificar se as suas médias de prevalência da dependência do exercício físico apresentam diferenças estatisticamente significativas. Logo, o teste mais adequado a utilizar para verificar se há diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e o feminino em função da variável “prevalência da dependência do exercício físico” é o teste *T-Student* Independente, porque a amostra

tem mais de 30 sujeitos (363), logo, tem que ser utilizado um teste paramétrico e como se trata de dois grupos independentes, utiliza-se o teste *T-Student* Independente.

A variável “prevalência da dependência do exercício físico”, ao nível do programa SPSS, é uma variável que foi tratada como quantitativa (dependente). As variáveis “faixas etárias”, “dados antropométricos”, “formação académica”, “frequência da prática de exercício físico” e “diferentes tipos de exercícios praticados”, ao nível do programa SPSS, são variáveis tratadas como qualitativas (independentes), que definem três ou mais grupos independentes, para as quais se pretendeu verificar se as suas médias de prevalência da dependência do exercício físico apresentam diferenças estatisticamente significativas. Logo, o teste mais adequado a utilizar para verificar se há diferenças estatisticamente significativas entre “faixas etárias”, “dados antropométricos”, “formação académica”, “frequência da prática de exercício físico” e “diferentes tipos de exercícios praticados” em função da variável “prevalência da dependência do exercício físico” é o teste da ANOVA Independente, porque a amostra tem mais de 30 sujeitos (363), logo tem que ser utilizado um teste paramétrico e como se trata de três ou mais grupos diferentes, utiliza-se o teste ANOVA Independente.

Para calcular a consistência interna para o total das questões, foi utilizado o teste de Alfa *Cronbach*.

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS**

O principal objetivo deste estudo consistiu na verificação da prevalência da dependência do exercício físico entre os utentes de ginásios situados no Concelho de Oeiras, aferindo ainda em qual dos géneros existiria maior prevalência. Este estudo teve, ainda, como objetivos verificar de que forma as faixas etárias, os dados antropométricos, a formação académica, a frequência da prática de exercício físico e o tipo de exercício físico iriam influenciar a prevalência da dependência do exercício físico.

#### 4.1. VARIÁVEL GÉNERO

Pela análise dos resultados da tabela 4, verifica-se que todos os 363 sujeitos responderam à questão “Género”. A amostra é composta por 154 sujeitos do género masculino (42,4%), e por 209 sujeitos do género feminino (57,6%). A tabela 5, indica-nos que moda é feminino (2,00).

Tabela 4. Descritiva da variável Género

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>	<b>Masculino</b>	154	42,4
	<b>Feminino</b>	209	57,6
	<b>Total</b>	363	100,0

Tabela 5. Medida de tendência central da variável Género

	<b>n</b>	<b>Moda</b>
<b>Género</b>	363	2,00

#### 4.2. VARIÁVEL IDADE

Pela análise dos resultados da tabela 6, há a registar que todos os 363 sujeitos responderam à questão “Idade”. A amostra é constituída em média por sujeitos com 35,95 anos, a mediana é de 35 anos. O valor mais frequente, que corresponde à moda, é a idade de 18 anos, que corresponde a 4,70%.

Relativamente às medidas de dispersão, pela análise da tabela 7, verifica-se que o desvio padrão é de 11,96 anos e a amplitude é de 57 anos.

Através da análise da tabela de frequências (ver anexo 2), pode-se verificar que as idades variam entre os 18 anos e 75 anos. Em relação às percentagens acumuladas pode-se dizer que 50% dos sujeitos têm até 35 anos.

Tabela 6. Medidas de tendência central da variável Idade

	<b>n</b>	<b>Média (anos)</b>	<b>Mediana (anos)</b>	<b>Moda (anos)</b>
<b>Idade</b>	363	35,95	35,00	18

Tabela 7. Medidas de dispersão da variável Idade

	<b>n</b>	<b>Desvio Padrão (anos)</b>	<b>Variância (anos<sup>2</sup>)</b>	<b>Amplitude (anos)</b>
<b>Idade</b>	363	11,96	143,11	57

### 4.3. VARIÁVEL DADOS ANTROPOMÉTRICOS

#### 4.3.1. VARIÁVEL ALTURA

Pela análise da tabela 8, verifica-se que todos os 363 sujeitos responderam à questão “Altura”. Em média, a amostra é constituída por sujeitos com uma altura de 1,68 m. A mediana é de 1,68 m e a moda é 1,67 m, que corresponde a 6,30 %.

Relativamente às medidas de dispersão, pela análise da tabela 9, verifica-se que o desvio padrão é de 0,09 m e a amplitude é de 0,45 m.

Através da análise da tabela de frequências (ver anexo 3), pode-se verificar que as alturas variam entre 1,46m e 1,91m. Em relação às percentagens acumuladas pode-se dizer que 50% dos sujeitos têm até 1,68 m.

Tabela 8. Medidas de tendência central da variável Altura

	<b>n</b>	<b>Média (m)</b>	<b>Mediana (m)</b>	<b>Moda (m)</b>
<b>Altura</b>	363	1,68	1,68	1,67

Tabela 9. Medidas de dispersão da variável Altura

	<b>n</b>	<b>Desvio Padrão (m)</b>	<b>Variância (m<sup>2</sup>)</b>	<b>Amplitude (m)</b>
<b>Altura</b>	363	0,09	0,008	0,45

#### 4.3.2. VARIÁVEL PESO

Pela análise da tabela 10, verifica-se que todos os 363 sujeitos responderam à questão “Peso”. A amostra é constituída em média por sujeitos com 68,67 kg. A mediana é de 67,0 kg e a moda é de 60,00 kg, que corresponde a 5,5%.

Relativamente às medidas de dispersão, pela análise da tabela 11, pode-se verificar que o desvio padrão é de 13,97 kg e a amplitude é de 86,00 kg.

Através da análise da tabela de frequências (ver anexo 4), pode-se verificar que os pesos variam entre 39,00 kg e 125,00 kg. Em relação às percentagens acumuladas pode-se dizer que 50% dos sujeitos têm até 67,00 kg.

Tabela 10. Medidas de tendência central da variável Peso

	<b>n</b>	<b>Média (kg)</b>	<b>Mediana (Kg)</b>	<b>Moda (Kg)</b>
<b>Peso</b>	363	68,67	67,00	60,00

Tabela 11. Medidas de dispersão das variáveis Peso

	<b>n</b>	<b>Desvio Padrão (Kg)</b>	<b>Variância (Kg<sup>2</sup>)</b>	<b>Amplitude (Kg)</b>
<b>Peso</b>	363	13,97	195,028	86,00

#### 4.4. VARIÁVEL FORMAÇÃO ACADÉMICA

Pela análise dos resultados da tabela 12, verifica-se que todos os 363 sujeitos responderam à questão “Formação Académica”. A amostra é composta por 5 sujeitos com nenhuma formação académica (1,4%), por 10 sujeitos com formação académica básica (2,8%), por 146 sujeitos com formação ao nível do secundário (40,2%). A nível de formação académica superior, a amostra é constituída por 17 sujeitos com o nível de Bacharelato (4,7%). A amostra é constituída por 133 sujeitos licenciados (36,6%), por 48 sujeitos com o nível de Mestre (13,2%) e por 4 sujeitos com Doutoramento (1,1%).

Portanto, há a referir que quanto á formação académica, a maioria dos sujeitos (n=146), têm nível académico de ensino secundário, seguindo-se o nível académico de licenciatura (n=133).

A tabela 13, indica-nos que moda é secundário (3,00)

Tabela 12. Descritiva da variável Formação Acadêmica

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Formação Acadêmica</b>	Nenhuma	5	1,4
	Básico	10	2,8
	Secundário	146	40,2
	Bacharelato	17	4,7
	Licenciatura	133	36,6
	Mestrado	48	13,2
	Doutoramento	4	1,1
<b>Total</b>		<b>363</b>	<b>100</b>

Tabela 13. Medida de Tendência Central da Variável Formação Acadêmica

	<b>n</b>	<b>Moda</b>
<b>Formação Acadêmica</b>	363	3,00

#### 4.5. VARIÁVEL “FREQUÊNCIA DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO”

Pela análise da tabela 14, verifica-se que todos os 363 sujeitos responderam à questão “Número de vezes que pratica exercício físico por semana”. Há a registrar que, o valor médio de número de vezes que os sujeitos praticam desporto por semana, é de 3,84 vezes. A mediana é de 4,00 vezes e a moda é de 3,00 vezes, que corresponde a 23,1%.

Relativamente às medidas de dispersão, pela análise da tabela 15, pode-se verificar que o desvio padrão é de 1,48 vezes e a amplitude é de 13,00 vezes.

Através da análise da tabela de frequências (ver anexo 5), pode-se verificar que o número de vezes que os sujeitos praticam exercício físico por semana variam entre 1,00 vez e 14,00 vezes. Em relação às percentagens acumuladas pode-se dizer que 50% dos sujeitos praticam exercício físico por semana até 4,00 vezes.

Tabela 14. Medidas de tendência central da variável “Número de vezes que pratica exercício físico por semana”

	<b>n</b>	<b>Média (nº vezes)</b>	<b>Mediana (nº vezes)</b>	<b>Moda (nº vezes)</b>
<b>Número de vezes que pratica exercício físico por semana</b>	363	3,84	4,00	3,00



Tabela 15. Medidas de dispersão da variável “Número de vezes que pratica exercício físico por semana”

	<b>n</b>	<b>Desvio Padrão (nº vezes)</b>	<b>Variância (nº vezes<sup>2</sup>)</b>	<b>Amplitude (nº vezes)</b>
<b>Número de vezes que pratica exercício físico por semana</b>	363	1,49	2,210	13,00

#### 4.5.1. VARIÁVEL “DIFERENTES TIPOS DE EXERCÍCIOS PRATICADOS”

Quanto aos desportos mencionados na tabela 16, há a registar que o que apresenta uma prática semanal mais intensa, é a musculação (M=2,73) seguindo-se a corrida em passadeira (M=2,05). O tipo de exercício com menor prática semanal é a natação (M=0,19). Relativamente às aulas de grupo, a média do número de vezes que os sujeitos frequentam as aulas apresenta, também, como a natação, um valor baixo (M=1,33) (ver anexo 6).

Tabela 16. Descritiva da variável “Número de vezes que pratica diferentes tipos de exercício por semana”

	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>dp</b>
<b>Corrida em passadeira</b>	363	2,05	1,93
<b>Musculação</b>	363	2,73	1,87
<b>Natação (Caso o ginásio tenha piscina)</b>	363	0,19	0,71
<b>Aulas de Grupo</b>	363	1,33	1,96

#### 4.5.2. VARIÁVEL AULAS DE GRUPO

Pela análise da tabela 17, verifica-se que os desportos mais praticados em aulas de grupo são os exercícios de abdominais, em que 57 sujeitos da amostra praticam a referida aula, correspondendo a uma percentagem de 15,7% e o Body Pump, em que 51 sujeitos da amostra praticam a referida aula, que corresponde a uma percentagem de 14,0%, sendo, portanto, os desportos em aula de grupo mais praticados.

Os desportos em aulas de grupo menos praticados são a hidroginástica, com 6 sujeitos, a que corresponde uma percentagem de 1,7% e a dança, com apenas 5 sujeitos, a que corresponde uma percentagem de 1,4%.

As tabelas de frequência para as respostas dadas para cada tipo de exercício praticado em aulas de grupo estão no anexo 7.

Tabela 17. Número de sujeitos que praticam de desportos em aulas de grupo por semana

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yoga</b>	25	6,9
<b>Pilates</b>	28	7,7
<b>Dança</b>	5	1,4
<b>Hidroginástica</b>	6	1,7
<b>Bike</b>	37	10,2
<b>Abdominais</b>	57	15,7
<b>Workout</b>	37	10,2
<b>Body Pump</b>	51	14,0
<b>Body Combat</b>	41	11,3
<b>Zumba</b>	25	6,9

#### 4.6. VARIÁVEL QUESTÕES

As seis questões, apresentadas na tabela 18, estão inseridas numa escala de opção de resposta, que varia do “discordo totalmente” (1) e “concordo totalmente” (5), tendo como base a Escala de Likert (Bryman & Cramel, 1990). Os valores médios de cada questão indicam em média onde se localiza a resposta dos sujeitos participantes no estudo. A questão que tem o valor médio mais elevado é a “Utilizo a prática de exercício físico como forma de modificar o meu estado de humor (por exemplo, para obter adrenalina, para esquecer, etc)” (M=3,64). A questão que tem o valor médio menos elevado é a “Têm surgido conflitos entre mim e a minha família e/ou o meu parceiro sobre a quantidade de exercício físico que pratico” (M=1,87).

Tabela 18. Descritiva da variável Questões

<b>QUESTÕES</b>	<b>M</b>	<b>dp</b>
1. A prática de exercício físico é o pensamento mais importante da minha vida.	3,13	1,04
2. Têm surgido conflitos entre mim e a minha família e/ou o meu parceiro sobre a quantidade de exercício físico que pratico.	1,87	1,15
3. Utilizo a prática de exercício físico como forma de modificar o meu estado de humor (por exemplo, para obter adrenalina, para esquecer, etc).	3,64	1,08
4. Ao longo do tempo tenho vindo a aumentar a quantidade de exercício físico que realizo por dia.	3,56	1,00
5. Se tiver que faltar a uma sessão de treino, fico mal-humorado e irritável.	2,92	1,22
6. Se reduzo a quantidade de exercício físico que realizo, e depois recomeço, volto sempre a praticar a mesma quantidade que realizava antes.	3,38	1,03

#### 4.7. VARIÁVEL SINTOMAS

As seis questões apresentadas no ponto anterior, baseiam-se e correspondem cada uma delas a seis sintomas (esta correspondência está descrita no ponto 3.2. na tabela 2, do capítulo anterior), sendo eles: importância, conflito, alteração de humor, tolerância, abstinência, recaída. Cada um destes sintomas, corresponde a uma variável e são indicativo de um comportamento de dependência do exercício físico, como revisto na revisão de literatura.

Face ao exposto, a tabela 19, faz a análise descritiva dos seis sintomas. Verifica-se que das seis variáveis que compõe o quadro, a que apresenta valor médio mais elevado é a variável tolerância ( $M=3,56$ ), correspondente à questão “Ao longo do tempo tenho vindo a aumentar a quantidade de exercício físico que realizo por dia”, desta forma é a variável com maior nível de concordância com os sujeitos. A variável que apresenta o valor médio mais baixo é a variável conflito ( $M=1,87$ ), que corresponde à

questão “Têm surgido conflitos entre mim e a minha família e/ou o meu parceiro sobre a quantidade de exercício físico que pratico”, assim, esta corresponde à variável com menor nível de concordância com os sujeitos.

Tabela 19. Descritiva da variável Sintomas

<b>Sintomas</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Importância</b>	363	3,13	1,04
<b>Conflito</b>	363	1,87	1,15
<b>Alteração de humor</b>	363	3,64	1,08
<b>Tolerância</b>	363	3,56	1,00
<b>Abstinência</b>	363	2,92	1,22
<b>Recaída</b>	363	3,38	1,03

#### **4.8. PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO ENTRE OS UTENTES DE GINÁSIOS (GÊNEROS MASCULINO E FEMININO)**

Pela análise da tabela 20, verifica-se que a maioria dos indivíduos que constituem a amostra, são não dependentes e sintomáticos (81,0%).

Pela análise da tabela 21, verifica-se que dentro do género masculino a maioria dos sujeitos são não dependentes e sintomáticos (n=123), o que corresponde a uma percentagem de 79,9%, sendo que este valor, no total de indivíduos do género masculino corresponde a uma percentagem de 33,9%. Relativamente ao género feminino, verifica-se que a maioria dos sujeitos são não dependentes e sintomáticos (n=171), o que corresponde a uma percentagem de 81,8%, sendo que este valor, no total dos sujeitos do género feminino corresponde a uma percentagem de 47,1%.

Tabela 20. Descritiva da variável “Score categorizado”

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Score categorizado</b>	<b>Não Dependentes Assintomático</b>	29	8,0
	<b>Não Dependentes Sintomático</b>	294	81,0
	<b>Em risco de dependência</b>	40	11,0
	<b>Total</b>	363	100,0

Tabela 21. Descritiva da variável “Score categorizado” em função da variável “Gênero”

<b>Gênero * Score categorizado</b>						
			<b>Score categorizado</b>			<b>Total</b>
			<b>Não Dependentes Assintomático</b>	<b>Não Dependentes Sintomático</b>	<b>Em risco de dependência</b>	
<b>Gênero</b>	<b>Masculino</b>	<b>N</b>	10	123	21	154
		<b>% intragrupo Gênero</b>	6,5%	79,9%	13,6%	100,0%
		<b>% intragrupo Score categorizado</b>	34,5%	41,8%	52,5%	42,4%
		<b>% Total</b>	2,8%	33,9%	5,8%	42,4%
	<b>Feminino</b>	<b>n</b>	19	171	19	209
		<b>% intragrupo Gênero</b>	9,1%	81,8%	9,1%	100,0%
		<b>% intragrupo Score categorizado</b>	65,5%	58,2%	47,5%	57,6%
		<b>% Total</b>	5,2%	47,1%	5,2%	57,6%
<b>Total</b>	<b>n</b>	29	294	40	363	
	<b>% intragrupo Gênero</b>	8,0%	81,0%	11,0%	100,0%	
	<b>% intragrupo Score categorizado</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	<b>% Total</b>	8,0%	81,0%	11,0%	100,0%	

Pela análise da tabela 22, verifica-se que 154 indivíduos são do gênero masculino e apresentam um valor médio de prevalência da dependência do exercício ligeiramente superior ( $M=2,07$ ), comparativamente, aos 209 sujeitos do gênero feminino ( $M=2,00$ ).

Tabela 22. Descritiva da variável “Score categorizado” em função da variável “Gênero”, relativamente à média

<b>Gênero</b>		<b>n</b>	<b>Média</b>
<b>Score categorizado</b>	<b>Masculino</b>	154	2,07
	<b>Feminino</b>	209	2,00

Verifica-se que  $p=0,076$  ( $p>0,05$ ), (ver anexo 9) aceita-se  $H_0$ , ou seja, não há diferenças estatisticamente significativas entre o gênero masculino e o feminino em função da variável “prevalência da dependência do exercício físico”. Portanto, não existem evidências estatísticas, para se afirmar que a média da prevalência da dependência do exercício físico nos homens é diferente da média da prevalência da dependência do exercício físico nas mulheres. De facto, as médias têm uma diferença muito ligeira, não sendo, portanto significativa.

Concluiu-se, que o gênero não influencia a prevalência da dependência do exercício físico.

#### 4.9. PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO EM DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS

Pela análise da tabela 23, verifica-se que dos 363 sujeitos que responderam à questão, 101 indivíduos apresentam idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos, apresentando um valor médio de prevalência da dependência do exercício superior ( $M=2,07$ ), relativamente, aos restantes indivíduos da amostra. De registar, ainda, que os 109 sujeitos, com idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos, apresentam um valor médio de prevalência da dependência do exercício muito aproximado ( $M=2,06$ ) aos sujeitos mencionados acima.

Tabela 23. Resultados para variável “Faixas Etárias”

Idade	n	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
16 - 25 anos	82	2,04	0,40	1,43	0,21
26 - 35 anos	101	2,07	0,43		
36 - 45 anos	109	2,06	0,46		
46 - 55 anos	42	1,88	0,45		
56 - 65 anos	24	1,96	0,36		
66 - 75 anos	5	2,00	0,71		
<b>Total</b>	363	2,03	0,44		

Pela análise da tabela 23, verifica-se que  $p=0,21$  ( $p>0,05$ ) (ver anexo 10), aceita-se  $H_0$ , ou seja, não há diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes faixas etárias em função à variável “prevalência da dependência do exercício físico”.

Portanto, não existem evidências estatísticas, para se afirmar que a média da prevalência da dependência do exercício físico é significativamente diferente nas diferentes faixas etárias, ou seja, as faixas etárias não influenciam a prevalência da dependência do exercício físico.

#### 4.10. PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO EM FUNÇÃO DOS DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Pela análise da tabela 24, verifica-se que dos 363 sujeitos que responderam à questão, 106 indivíduos apresentam um Índice de Massa Corporal (IMC) ao nível do excesso de peso, apresentando um valor médio de prevalência da dependência do exercício superior ( $M=2,05$ ), aos restantes indivíduos da amostra.

De registar, ainda, que os 217 sujeitos com IMC ao nível do peso saudável, registam um valor médio muito aproximado ( $M=2,04$ ) aos sujeitos com um IMC ao nível do excesso de peso.

Tabela 24. Resultados para variável “IMC”

IMC	n	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
<b>Magreza</b>	9	1,89	0,33	1,51	0,18
<b>Saudável</b>	217	2,04	0,42		
<b>Excesso de peso</b>	106	2,05	0,46		
<b>Obesidade classe I</b>	20	1,95	0,51		
<b>Obesidade classe II</b>	8	2,00	0,00		
<b>Obesidade severa ou classe III</b>	1	1,00			
<b>Total</b>	361	2,03	0,43		

Pela análise da tabela 24, verifica-se que  $p=0,18$  ( $p>0,05$ ) (ver anexo 11), aceita-se  $H_0$ , ou seja, não há diferenças estatisticamente significativas entre os dados antropométricos em função da variável “prevalência da dependência do exercício físico”.

Portanto, não existem evidências estatísticas, para se afirmar que a média da prevalência da dependência do exercício físico é significativamente diferente entre os dados antropométricos, ou seja, os dados antropométricos não influenciam a prevalência da dependência do exercício físico.

#### 4.11. PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO EM FUNÇÃO DA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Pelos resultados obtidos, na tabela 25, verifica-se que dos 363 sujeitos que responderam à questão, 146 indivíduos possuem formação acadêmica ao nível do secundário, apresentando valores médios de prevalência da dependência do exercício superiores ( $M=2.08$ ) aos restantes indivíduos da amostra.

De registrar, ainda, que os sujeitos com habilitações literárias ao nível do bacharelato registam um valor médio de prevalência da dependência do exercício muito aproximado ( $M=2.06$ ) aos sujeitos com habilitações literárias ao nível do secundário.

Tabela 25. Resultados para a variável “Formação Académica”

<b>Formação Académica</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Nenhuma</b>	5	2,00	0,00	0,56	0,76
<b>Básico</b>	10	2,00	0,47		
<b>Secundário</b>	146	2,08	0,49		
<b>Bacharelato</b>	17	2,06	0,24		
<b>Licenciatura</b>	133	2,01	0,44		
<b>Mestrado</b>	48	1,96	0,35		
<b>Doutoramento</b>	4	2,00	0,00		
<b>Total</b>	363	2,03	0,44		

Pela análise da tabela 25, verifica-se que  $p=0,76$  ( $p>0,05$ ) (ver anexo 12), aceita-se  $H_0$ , ou seja, não há diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes níveis de formação académica em função da variável “prevalência da dependência do exercício físico”.

Portanto, não existem evidências estatísticas, para se afirmar que a média da prevalência da dependência do exercício físico é significativamente diferente entre os diferentes níveis de formação académica, ou seja, a formação académica não influencia a prevalência da dependência do exercício físico.



#### 4.12. PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Pela análise da tabela 26, verifica-se que os sujeitos em risco de dependência, semanalmente, praticam mais vezes exercício (M=4,69), comparativamente aos sujeitos não dependentes e assintomáticos (M=2,81) e aos sujeitos não dependentes e sintomáticos (M=3,83).

Tabela 26. Resultados para a variável “prevalência da dependência do exercício físico” em função da variável “frequência da prática de exercício físico”

		n	Média	Desvio Padrão	Min.	Max.	F	Sig.
Número de vezes que pratica exercício físico por semana	Não dependentes e assintomáticos	29	2,81	0,82	1,00	5,00	14,46	0,00
	Não dependentes e sintomáticos	294	3,83	1,50	1,00	14,00		
	Em risco de dependência	40	4,69	1,26	3,00	7,00		
<b>Total</b>		363	3,84	1,49	1,00	14,00		

Pela análise da tabela 26, verifica-se que  $p=0,000$  ( $p \leq 0,05$ ), (ver anexo 13), aceita-se H1, ou seja, há diferenças estatisticamente significativas entre a frequência da prática de exercício físico em função da variável “prevalência da dependência do exercício físico”.

Portanto, existem evidências estatísticas, para se afirmar que a média da prevalência da dependência do exercício físico é significativamente diferente segundo a frequência da prática de exercício, ou seja, a frequência da prática de exercício físico influencia a prevalência da dependência do exercício físico.

#### 4.13. PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO EM FUNÇÃO DOS DIFERENTES TIPOS DE EXERCÍCIOS PRATICADOS

No que respeita aos diferentes tipos de exercícios praticados, pela análise da tabela 27, há a referir que os sujeitos em risco de dependência apresentam níveis de prática semanal mais elevada comparativamente aos sujeitos não dependentes e sintomáticos e não dependentes e assintomáticos, à exceção da nataçã, uma vez que os

sujeitos não dependentes e assintomáticos apresentam níveis de atividade semanal mais elevada comparativamente aos sujeitos não dependentes e sintomáticos e risco de dependência.

Tabela 27. Resultados da variável “diferentes tipos de exercícios praticados”

<b>Tipos de Exercícios praticados</b>	<b>Score Categorizado</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Corrida em passadeira</b>	<b>Não dependentes e assintomáticos</b>	29	1,41	1,52	0,00	5,00	4,32	0,01
	<b>Não dependentes e sintomáticos</b>	294	2,02	1,88	0,00	12,00		
	<b>Em risco de dependência</b>	40	2,75	2,34	0,00	7,00		
<b>Musculação</b>	<b>Não dependentes e assintomáticos</b>	29	1,90	1,54	0,00	5,00	8,70	0,00
	<b>Não dependentes e sintomáticos</b>	294	2,68	1,81	0,00	10,00		
	<b>Em risco de dependência</b>	40	3,70	1,19	0,00	7,00		
<b>Natação (Caso o ginásio tenha piscina)</b>	<b>Não dependentes e assintomáticos</b>	29	0,52	1,77	0,00	9,00	3,95	0,20
	<b>Não dependentes e sintomáticos</b>	294	0,15	0,49	0,00	3,00		
	<b>Em risco de dependência/Dependentes</b>	40	0,28	0,72	0,00	3,00		
<b>Aulas de Grupo</b>	<b>Não dependentes e assintomáticos</b>	29	0,98	1,35	0,00	4,00	1,99	0,13
	<b>Não dependentes e sintomáticos</b>	294	1,29	1,84	0,00	14,00		
	<b>Em risco de dependência</b>	40	1,86	2,93	0,00	15,00		

Ao nível estatístico, dos diferentes tipos de exercícios mencionados, só os resultados de diferenças ao nível da prática de musculação e da corrida de passadeira, é que se revelam estatisticamente diferentes e significativos. Para a musculação verifica-se que  $p=0,00$  ( $p \leq 0,05$ ) e para a corrida em passadeira, verifica-se que  $p=0,01$

( $p \leq 0,05$ ), (ver anexo 14), logo, em ambos os casos, aceita-se H1, ou seja, há diferenças estatisticamente significativas para a musculação e a corrida em passadeira em função da variável “prevalência da dependência do exercício físico”

Portanto, existem evidências estatísticas, para se afirmar que a média da prevalência da dependência do exercício físico é significativamente diferente quando os sujeitos praticam musculação e corrida em passadeira, ou seja, a musculação e a corrida em passadeira influenciam a prevalência da dependência do exercício físico.

#### **4.14. CÁLCULOS ALFA CRONBACH**

Para obter a consistência interna das questões, foi utilizado o teste de Alfa *Cronbach*. O alfa total obtido para as questões, no estudo de Griffiths et al. (2005), foi de 0,84, o que se traduz numa boa consistência interna. O resultado obtido, neste estudo, foi de 0,71, indicando um grau razoável de consistência interna (ver anexo 15).

**CAPITULO V**  
**DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

O principal objetivo deste estudo consistiu na verificação da prevalência da dependência do exercício físico entre os utentes de ginásios situados no Concelho de Oeiras, aferindo, ainda, em qual dos géneros existiria maior prevalência. Este estudo teve, ainda, como objetivos verificar de que forma as faixas etárias, os dados antropométricos, a formação académica, a frequência da prática de exercício e o tipo de exercício físico poderiam influenciar a prevalência da dependência do exercício físico.

O instrumento utilizado, no presente estudo, para a verificação da prevalência da dependência do exercício, foi o “Questionário de Dependência do Exercício”, de nome original, “Exercise Addiction Inventory”, (EAI), tendo sido criado pelos autores Terry, Szabo, & Griffiths em 2004. O referido instrumento, foi integrado na terceira seção de um questionário.

A escolha do instrumento, para realizar o presente estudo, foi por este apresentar propriedades psicométricas com elevado grau de consistência interna, no valor total das questões e por se tratar de um instrumento de avaliação mais simples, com um tempo de preenchimento mais curto, não deixando de ser igualmente válido e confiável, quando comparado a escalas e questionários que existem para avaliar o mesmo tipo de dependência.

O alfa total obtido para as questões, no estudo de Griffiths et al. (2005, 2015), foi de 0,84, o que se traduz numa boa consistência interna. O resultado obtido, neste estudo, foi de 0,71, indicando um grau razoável de consistência interna. O estudo realizado por Mark D Griffiths et al., (2015), os alfas variavam entre 0,61 e 0,80 e, de acordo, com os referidos autores, apesar das diferenças que ocorreram entre os resultados no valor de alfa, nos diferentes países, o “Questionário de Dependência do Exercício” é um instrumento apropriado para avaliar a dependência do exercício físico. Portanto, o alfa obtido, neste estudo, é indicativo de que o instrumento utilizado é apropriado para avaliar a dependência do exercício físico.

## **5.1. PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO ENTRE OS UTENTES DE GINÁSIOS (GÉNEROS MASCULINO E FEMININO)**

Pelos resultados obtidos, verifica-se que dos 363 sujeitos que constituem a amostra, 294 indivíduos, são não dependentes e sintomáticos (81,0%), 29 indivíduos são não dependentes e assintomáticos (8,0%) e 40 indivíduos estão em risco de dependência (11%). Portanto, a maioria dos sujeitos do estudo realizado são não dependentes e sintomáticos.

Os resultados obtidos, encontram-se dentro resultados anunciados por outros autores, como é o caso do estudo de Terry et al. (2004), que identificaram, apenas 3% de indivíduos da amostra que se revelaram em risco de dependência, numa amostra de 200 indivíduos. Mónok et al., (2012), identificam, no seu estudo, que apenas 3,2% dos indivíduos da amostra se evidenciaram em risco de dependência, numa amostra de 474 indivíduos. Szabo & Griffiths (2007), no estudo que realizaram, apenas 3,6% dos indivíduos da amostra apresentaram valores indicativos de estarem em risco de dependência, numa amostra de 455 sujeitos. Os autores, do referido estudo, especulam que cerca de 3% da população é dependente do exercício. Um estudo realizado pelos autores Lejoyeux, Avril, Richoux, Embouazza, & Nivoli (2008), apresentou uma prevalência da dependência do exercício físico de 3,2% numa amostra de 300 indivíduos.

Segundo Szabo & Griffiths, (2007), apesar de todos os estudos já realizados, a prevalência da dependência do exercício físico continua a ser desconhecida, não havendo consenso entre os autores e como, já referido na revisão de literatura, esta situação, deve-se a muitos fatores diferentes, tais como: os estudos serem realizados em países diferentes, por investigadores diferentes, utilizando escalas e questionários diferentes, utilizando, ainda, critérios diferentes, e pelo facto, das populações estudadas não serem homogéneas.

Relativamente, ao género masculino a maioria dos sujeitos são não dependentes e sintomáticos (n=123), o que corresponde a uma percentagem de 79,9%, sendo que este valor, no total de indivíduos do género masculino corresponde a uma percentagem de 33,9%. Relativamente ao género feminino, verifica-se que a maioria dos sujeitos são não dependentes e sintomáticos (n=171), o que corresponde a uma percentagem de 81,8%, sendo que este valor, no total dos sujeitos do género feminino corresponde a uma percentagem de 47,1%.

O género masculino apresentou um valor médio de prevalência da dependência do exercício ligeiramente superior (M=2,07), comparativamente, aos sujeitos do género feminino (M=2,00). As médias apresentaram uma diferença muito ligeira, não sendo esta significativa.

Estes valores vêm, uma vez mais, apoiar os argumentos de Terry et al. (2004), que identificaram, no seu estudo, que o género masculino apresentava um valor médio de prevalência da dependência do exercício físico ligeiramente superior, comparativamente, aos sujeitos do género feminino, numa amostra de 200 indivíduos.

Estes valores vão ao encontro de outros estudos já realizados, como é o caso do estudo de Antunes (2006), que refere que os valores obtidos entre os géneros são semelhantes.

Concluiu-se assim, que o género não influencia a prevalência da dependência do exercício físico.

## **5.2. PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO EM DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS**

Pelos resultados obtidos, verifica-se que dos 363 sujeitos da amostra, 101 indivíduos apresentam idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos, apresentando um valor médio de prevalência da dependência do exercício físico superior ( $M=2.07$ ), relativamente, aos restantes indivíduos da amostra.

De registar, ainda, que 109 sujeitos, com idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos, apresentaram um valor médio de prevalência da dependência do exercício físico muito aproximado ( $M=2.06$ ) aos sujeitos mencionados acima.

Segundo os resultados obtidos, pode-se dizer que não existem evidências estatísticas, para se afirmar que a média da prevalência da dependência do exercício físico é significativamente diferente nas diferentes faixas etárias, ou seja, as faixas etárias não influenciam a prevalência da dependência do exercício físico.

Os resultados obtidos estão de acordo com outras investigações acerca do tema, como é o caso do estudo realizado pelos autores Lejoyeux et al. (2008). Segundo os referidos autores, a idade não influencia a prevalência da dependência do exercício físico.

## **5.3. PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO EM FUNÇÃO DOS DADOS ANTROPOMÉTRICOS**

Pelos resultados obtidos, verifica-se que dos 363 sujeitos da amostra, 106 indivíduos apresentam um IMC ao nível do excesso de peso, apresentando um valor médio de prevalência da dependência do exercício físico superior ( $M=2,05$ ), aos restantes indivíduos da amostra.

De registar, ainda, que os 217 sujeitos com IMC ao nível do peso saudável, registam um valor médio muito aproximado ( $M=2.04$ ) aos sujeitos com um IMC ao nível do excesso de peso.

Perante os resultados obtidos, verificámos, que o número de indivíduos com excesso de peso, tendo em conta, o número total de sujeitos da amostra, é, ainda, um

número elevado e sendo estes que apresentam o maior valor médio de prevalência da dependência do exercício físico, pode-se dizer que, mesmo que não sejam valores significativos em termos estatísticos, reforçam a ideia de que os indivíduos, quando traçam objetivos devidamente delineado, querem atingi-los o mais rapidamente possível, podendo esse comportamento levar à dependência.

No entanto, verifica-se que não existem evidências estatísticas, para se afirmar que a média da prevalência da dependência do exercício físico é, significativamente, diferente entre os dados antropométricos, ou seja, neste estudo, os dados antropométricos não influenciam a prevalência da dependência do exercício físico.

#### **5.4. PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO EM FUNÇÃO DA FORMAÇÃO ACADÊMICA**

Pelos resultados obtidos, verifica-se que dos 363 sujeitos da amostra, 146 indivíduos possuem formação acadêmica ao nível do secundário, apresentando valores médios de prevalência da dependência do exercício físico superiores ( $M=2.08$ ) aos restantes indivíduos da amostra.

De registrar, ainda, que os sujeitos com habilitações literárias ao nível do bacharelato registam um valor médio de prevalência da dependência do exercício físico muito aproximado ( $M=2.06$ ) aos sujeitos com habilitações literárias ao nível do secundário.

Segundo os resultados obtidos, pode-se afirmar que não existem evidências estatísticas, para se dizer que a média da prevalência da dependência do exercício físico é significativamente diferente entre os diferentes níveis de formação acadêmica, ou seja, a formação acadêmica não influencia a prevalência da dependência do exercício físico.

Os resultados obtidos estão de acordo com outras investigações acerca do tema, como é o caso do estudo realizado pelos autores Lejoyeux et al. (2008). Segundo os referidos autores, 87 sujeitos (18,3%) da amostra não completaram o ensino secundário, 170 sujeitos (35,8%) completaram o ensino secundário e 318 sujeitos (45,9%) apresentam formação acadêmica superior. Contudo, segundo, os resultados obtidos no referido estudo, a formação acadêmica não influencia a prevalência da dependência do exercício físico.



## **5.5. PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO**

Pelos resultados obtidos, verifica-se que os sujeitos em risco de dependência, semanalmente, praticam mais vezes exercício físico ( $M=4,69$ ), comparativamente aos sujeitos não dependentes e assintomáticos ( $M=2,81$ ) e aos sujeitos não dependentes e sintomáticos ( $M=3,83$ ).

Segundo os resultados obtidos, pode-se afirmar que existem evidências estatísticas, para se dizer que a média da prevalência da dependência do exercício físico é significativamente diferente segundo a frequência da prática de exercício físico, ou seja, a frequência da prática de exercício físico influencia a prevalência da dependência do exercício físico.

No estudo realizado pelos autores Terry et al. (2004), verifica-se que a média de frequência da prática de exercício físico, no número total de participantes é de 3,77. O resultado verificado no presente estudo, está de acordo com os resultados obtidos na literatura.

## **5.6. PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO EM FUNÇÃO DOS DIFERENTES TIPOS DE EXERCÍCIOS PRATICADOS**

No que respeita aos diferentes tipos de exercícios praticados, há a referir que os sujeitos em risco de dependência apresentam níveis de prática semanal mais elevada de musculação e corrida em passadeira, comparativamente, aos sujeitos não dependentes e sintomáticos e não dependentes e assintomáticos, à exceção da natação, uma vez que os sujeitos não dependentes e assintomáticos apresentam níveis de prática semanal mais elevada, comparativamente, aos sujeitos não dependentes e sintomáticos e aos sujeitos em risco de dependência.

De acordo com os resultados obtidos, pode-se dizer que existem evidências estatísticas, para se afirmar que a média da prevalência da dependência do exercício físico é significativamente diferente quando os sujeitos praticam musculação e corrida em passadeira, ou seja, a musculação e a corrida em passadeira influenciam a prevalência da dependência do exercício físico.

Os resultados obtidos estão de acordo com outras investigações acerca do tema, como é o caso do estudo realizado pelos autores Lejoyeux et al. (2008). A população alvo do estudo, foram utentes de ginásios de Paris e segundo os resultados que os

referidos autores obtiveram, o tipo de exercício influencia a prevalência da dependência do exercício físico.

**CAPITULO VI**  
**CONCLUSÕES**

O principal objetivo deste estudo consistiu na verificação da prevalência da dependência do exercício físico entre os utentes de ginásios situados no Concelho de Oeiras, aferindo, ainda, em qual dos géneros existiria maior prevalência. Este estudo teve, ainda, como objetivos verificar de que forma as faixas etárias, os dados antropométricos, a formação académica, a frequência da prática de exercício e o tipo de exercício praticado poderia influenciar a prevalência da dependência do exercício físico.

Pelos resultados obtidos, verifica-se que dos 363 sujeitos que constituem a amostra, 294 indivíduos, são não dependentes e sintomáticos (81,0%), 29 indivíduos são não dependentes e assintomáticos (8,0%) e 40 indivíduos estão em risco de dependência (11%). Portanto, a maioria dos sujeitos, do estudo realizado, são não dependentes e sintomáticos.

Verifica-se que, o número de indivíduos em risco de dependência, juntamente, com o número de indivíduos não dependentes e sintomáticos, é muito elevado, o que torna a situação preocupante, pois, muitas vezes, as pessoas, não têm consciência do patamar de dependência em que estão. Este tipo de situações, acarretam consequências quer para o próprio, quer para as pessoas que convivem com essas pessoas.

O género masculino apresentou um valor médio de prevalência da dependência do exercício físico ligeiramente superior comparativamente, aos sujeitos do género feminino. As médias apresentaram uma diferença muito ligeira, não sendo esta significativa. Portanto, o género não influencia a dependência do exercício físico. Os dois géneros face à prática de exercício físico, comportam-se de forma semelhante, no entanto, é importante salientar que as motivações pelas quais cada um dos géneros se reje são diferentes.

Relativamente, às faixas etárias, aos dados antropométricos e à formação académica, verificou-se que as médias de prevalência da dependência do exercício, não apresentam valores significativos a nível estatístico, logo não influenciam a prevalência da dependência do exercício físico.

De acordo com os resultados obtidos, pode-se dizer que existem evidências estatísticas, para se afirmar que a média da prevalência da dependência do exercício físico é significativamente diferente segundo a frequência da prática de exercício e segundo o tipo de exercício, sendo que, neste estudo, os únicos tipos de exercício que se revelaram significativos a nível estatístico, foram a prática da musculação e da corrida em passadeira, ou seja, frequência da prática de exercício, a musculação e a corrida em passadeira influenciam a prevalência da dependência do exercício físico.

Com a realização deste estudo, ficou, também, demonstrado que a dependência ao exercício físico não é um problema isolado, mas sim um conjunto de fatores, associado a um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos.

Portanto, os indivíduos poderão ser conduzidos, de forma inconsciente à dependência, se não forem bem orientados e acompanhados na sua prática de exercício físico.

**CAPITULO VII**  
**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- American College of Sport Medicine (2010). ACSM's. Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 9<sup>a</sup> ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- ASAM. (2011). ASAM Releases New Definition of Addiction. *News Release for Immediate Review*, 26(3), 1–2. Retrieved from <http://www.asam.org/docs/pressreleases/asam-definition-of-addiction-2011-08-15.pdf>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> ed; American Psychiatric Association: Washington, DC, USA, 2013.
- Antunes, H., Andersen, M., Tufik S. e Mello, M. (2006). O estresse físico e a dependência de exercício físico. *Universidade Brasileira de Medicina e de Desporto*. 12 (5): 234-238.
- Baekeland, F., & Ss, T. (1970). Exercise Deprivation. Sleep and Psychological Reactions., 22, 3–7.
- Berczik, K., Szabó, A., Griffiths, M. D., Kurimay, T., Kun, B., Urbán, R., & Demetrovics, Z. (2012). Exercise Addiction: Symptoms, Diagnosis, Epidemiology, and Etiology. *Substance Use & Misuse*, 47(4), 403–417. <http://doi.org/10.3109/10826084.2011.639120>
- Bryman, A., Cramer, D., 1990. Quantitative Data Analyses for Social Scientists. Routledge, London.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 305–312. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.63.3.305>
- Chalmers, J., Catalan, J., Day, A. and Fairburn, C. (1985). Anorexia nervosa presenting as morbid exercising. *The Lancet*, 1, 286–287
- Cook, B. H. H. F. M. (2014). Exercise Addiction and Compulsive exercising: Relationship to Eating Disorders, Substance Use Disorders and Addictions Disorders, 3–21. <http://doi.org/10.1007/978-3-642-45378-6>
- Cook, B., Hausenblas, H., Tuccitto, D., & Giacobbi, P. R. (2011). Eating disorders and exercise: A structural equation modelling analysis of a conceptual model. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 216–225. <http://doi.org/10.1002/erv.1111>

- Crisp, A. H., Hsu, L. K., Harding, B., & Hartshorn, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa: A study of a consecutive series of 102 female patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24(3-4), 179–191.
- D, K. J. S. (1994). *Psychology in Sport*.
- De Coverley Veale, D. M. W. B. S. B. S. (1987). Exercise Dependence. *British Journal of Addiction*, 82(4), 735–740. <http://doi.org/10.1097/00132585-199500340-00003>
- Egorov, A. Y., & Szabo, A. (2013). The exercise paradox: An interactional model for a clearer conceptualization of exercise addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(4), 199–208. <http://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.4.2>
- Fattore, L. M. M. F. P. F. W. (2014). Sex differences in addictive disorders. *The Yale Journal of Biology and Medicine*. <http://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.04.003>
- Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3A), 411–418. <http://doi.org/10.1017/S1368980099000567>
- Freimuth, M., Moniz, S., & Kim, S. R. (2011). Clarifying exercise addiction: Differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(10), 4069–4081. <http://doi.org/10.3390/ijerph8104069>
- Gapin, J. I., & Kearns, B. (2013). Assessing prevalence of eating disorders and eating disorder symptoms among lightweight and open weight collegiate rowers. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 7, 198–214.
- Glasser, W. (1976). Positive Addiction.
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403–1408.
- Griffiths, M. D. (1997). Exercise Addiction: A Case Study. *Addiction Research & Theory*, 5(2), 161–168. <http://doi.org/10.3109/16066359709005257>
- Griffiths, M. D. (2005). A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197. <http://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Griffiths, M. D., Urbán, R., Demetrovics, Z., Lichtenstein, M. B., de la Vega, R., Kun, B., ... Szabo, A. (2015). A cross-cultural re-evaluation of the Exercise Addiction Inventory (EAI) in five countries. *Sports Medicine - Open*, 1(1), 1–7. <http://doi.org/10.1186/s40798-014-0005-5>
- Hausenblas, H. A. e Downs, D. S.(2002). Exercise Dependence Scale-21 Manual.



- Hausenblas, H.A. e Downs, D. S. (2002a). Exercise Dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3: 89-123. ESTA REFERÊNCIA É A MINHA NO MENDELEY
- Hausenblas, H.A. and Symons Downs, D. (2002b). Exercise Dependence Scale Manual. Unpublished manu-script, University of Florida, Gainesville.
- Hillman, C. H., Erickson, K. I., & Kramer, A. F. (2008). Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Science and Society*, 9.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Hurst, R., Hale, B., Smith, D., & Collins, D. (2000). Exercise dependence, social physique anxiety, and social support in experienced and inexperienced bodybuilders and weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 34(6), 431–435. <http://doi.org/10.1136/bjism.34.6.431>
- Joy, E., Kussman, A., & Nattiv, A. (2016). 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *British Journal of Sports Medicine*, 50(3), 154–162. <http://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095735>
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., ... Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259–1265. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>
- Klein, D. a, Bennett, A. S., Schebendach, J., Foltin, R. W., Devlin, M. J., & Walsh, B. T. (2004). Exercise “addiction” in anorexia nervosa: model development and pilot data. *CNS Spectrums*, 9(7), 531–537.
- Kontic, O., Vasiljevic, N., Trisovic, M., Jorga, J., Lakic, A., & Gasic, M. (2012). Eating Disorders. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo*, 140(9-10), 673–678. <http://doi.org/10.2298/SARH1210673K>
- Landolfi, E. (2013). Exercise Addiction. *Sports Medicine*, 43(2), 111–119. <http://doi.org/10.1007/s40279-012-0013-x>
- Lauren A. Holland, Brown, T. A., & Keel, P. K. (2014). Defining Features of Unhealthy Exercise Associated with Disordered Eating and Eating Disorder Diagnoses, 15(1), 233–243. <http://doi.org/10.1016/j.devcel.2010.12.007>. Peroxiredoxin

- Little JC. (1969). The athlete's neurosis: A deprivation crisis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 45:187–197.
- Maraz, A., Urbán, R., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). An Empirical Investigation of Dance Addiction. *Plos One*, 10(5). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0125988>
- Martinsen, M., Bratland-Sanda, S., Eriksson, a K., & Sundgot-Borgen, J. (2010). Dieting to win or to be thin? A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *British Journal of Sports Medicine*, 44(1), 70–76. <http://doi.org/10.1136/bjism.2009.068668>
- Mónok, K., Berczik, K., Urbán, R., Szabo, A., Grif, M. D., & Farkas, J. (2012). Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures : A population wide study. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 739–746.
- Pasman, L. and Thomson, J.K. (1988). Body image and eating disturbance in obligatory runners, obligatory weightlifters, and sedentary individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 759–769.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., ... Wilmore, J. H. (1995). A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *The Journal of America Medical Association*, 273, 402.
- Rachlin, H. (1990). Why Do People Gamble And Keep Gambling Despite Heavy Losses? *Psychological Science*, 1(5), 294–297. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1990.tb00220.x>
- Rosa, D., Mello, M., e Souza-Formigoni, M. (2003). Dependência da Prática de Exercícios Físicos: estudo com maratonistas brasileiros. *Revista Brasileira de Medicina do Desporte*. 9 (1): 9-14.
- Rosendahl, J., Bormann, B., Aschenbrenner, K., Aschenbrenner, F., & Strauss, B. (2009). Dieting and disordered eating in German high school athletes and non-athletes. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 19(5), 731–739. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2008.00821.x>
- Smink, F. R. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <http://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smolak, L., Murnen, S. K., & Ruble, A. E. (1999). Female athletes and eating

- problems: a meta-analysis., (April). [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200005\)27](http://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200005)27)
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of Eating Disorders in Elite Athletes Is Higher Than in the General Population. *Clin J Sport Med*, *14*(FEBRUARY 2004), 25–32. <http://doi.org/10.1097/00042752-200401000-00005>
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, *20*(SUPPL. 2), 112–121. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01190.x>
- Sussman, S., Lisha, N., & Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? *Evaluation & the Health Professions*, *34*(1), 3–56. <http://doi.org/10.1177/0163278710380124>
- Szabo, A; Frenkl, R. C. A. (1996). Relationships between addiction to running, commitment to running, and deprivation from running: A study on the Internet.
- Szabo, A. (1995). The impact of exercise deprivation on well-being of habitual exercises. *Australian Journal of Science and Medicine in Sport*.
- Terry, A., Szabo, A., & Griffiths, M. (2004). The exercise addiction inventory: a new brief screening tool. *Addiction Research and Theory*, *12*(5), 489–499. <http://doi.org/10.1080/16066350310001637363>
- Thaxton, L. (1982). Physiological and psychological effects of short-term exercise addiction on habitual runners. *Journal of Sport Psychology*, *4*(1), 73–80. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid,cookie&db=psych&AN=1982-25279-001&site=ehost-live>
- Torstveit, M. K., & Sundgot-Borgen, J. (2005). The female athlete triad: Are elite athletes at increased risk? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *37*(2), 184–193. <http://doi.org/10.1249/01.MSS.0000152677.60545.3A>
- Vartanian, L. R., Wharton, C. M., & Green, E. B. (2012). Appearance vs. health motives for exercise and for weight loss. *Psychology of Sport and Exercise*, *13*(3), 251–256. <http://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.12.005>
- Weinstein, A., & Weinstein, Y. (2014). Exercise Addiction-Diagnosis, Bio-Psychological Mechanisms and Treatment Issues. *Current Pharmaceutical Design*, *20*. <http://doi.org/10.2174/13816128113199990614>

World Health Organisation. The ICD-X Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organisation; 1993.

Yates, A.; Shisslak, C.M.; Allender, J.; Crago, M.; Leehey, K. (1991). Comparing Obligatory to Nonobligatory Runners - *Psychosomatics*, 32(2):180-189.

## ANEXO 1

Este questionário enquadra-se no âmbito da tese de Mestrado em Biocinética, tendo como tema a dependência à prática de exercício físico - "Addiction on Exercise". Não há respostas certas ou erradas, este questionário tem apenas o objetivo conhecer a sua perceção sobre a forma como a prática de exercício físico influencia a sua vida.

A sua colaboração é anónima e de extrema importância. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos.

Muito obrigado pela sua participação.

**Por favor, preencha os seguintes campos com os seus dados pessoais.**

**Género:** Masculino  Feminino

**Idade:** \_\_\_\_\_. **Altura:** \_\_\_\_\_. **Peso:** \_\_\_\_\_.

**Formação Académica:**

Nenhuma	<input type="checkbox"/>
Básico	<input type="checkbox"/>
Secundário	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>

**Número de vezes que pratica exercício físico por semana:** \_\_\_\_\_.

**Do número de vezes acima mencionado, quantas vezes por semana pratica:**

Corrida em passadeira: \_\_\_\_\_. Musculação: \_\_\_\_\_. Natação (caso o ginásio tenha piscina): \_\_\_\_\_.

Aulas de grupo: \_\_\_\_\_. Se frequenta aulas de grupo, diga quais são: \_\_\_\_\_.

### Questões

As questões referem-se a opiniões e comportamentos atuais na prática de exercício físico que ocorreram nos últimos **3 meses**. (Assinale a opção escolhida para cada item com uma cruz (X). Em caso de engano, risque por completo o número e assinale com uma cruz a opção correta).

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A prática de exercício físico é o pensamento mais importante da minha vida.	1	2	3	4	5
2. Têm surgido conflitos entre mim e a minha família e/ou o meu parceiro sobre a quantidade de exercício físico que pratico.	1	2	3	4	5
3. Utilizo a prática de exercício físico como forma de modificar o meu estado de humor (por exemplo, para obter adrenalina, para esquecer, etc).	1	2	3	4	5
4. Ao longo do tempo tenho vindo a aumentar a quantidade de exercício físico que realizo por dia.	1	2	3	4	5
5. Se tiver que faltar a uma sessão de treino, fico mal-humorado e irritável.	1	2	3	4	5
6. Se reduzo a quantidade de exercício físico que realizo, e depois recomeço, volto sempre a praticar a mesma quantidade que realizava antes.	1	2	3	4	5

## ANEXO 2

### Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18	17	4,7	4,7	4,7
19	8	2,2	2,2	6,9
20	6	1,7	1,7	8,5
21	7	1,9	1,9	10,5
22	8	2,2	2,2	12,7
23	14	3,9	3,9	16,5
24	10	2,8	2,8	19,3
25	12	3,3	3,3	22,6
26	15	4,1	4,1	26,7
27	8	2,2	2,2	28,9
28	11	3,0	3,0	32,0
29	13	3,6	3,6	35,5
30	8	2,2	2,2	37,7
31	10	2,8	2,8	40,5
32	10	2,8	2,8	43,3
Valid 33	13	3,6	3,6	46,8
34	6	1,7	1,7	48,5
35	7	1,9	1,9	50,4
36	6	1,7	1,7	52,1
37	11	3,0	3,0	55,1
38	14	3,9	3,9	59,0
39	14	3,9	3,9	62,8
40	14	3,9	3,9	66,7
41	13	3,6	3,6	70,2
42	8	2,2	2,2	72,5
43	12	3,3	3,3	75,8
44	7	1,9	1,9	77,7
45	10	2,8	2,8	80,4
46	10	2,8	2,8	83,2
47	5	1,4	1,4	84,6
48	4	1,1	1,1	85,7

**Idade (cont)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
49	6	1,7	1,7	87,3
50	4	1,1	1,1	88,4
51	2	,6	,6	89,0
52	4	1,1	1,1	90,1
53	2	,6	,6	90,6
54	4	1,1	1,1	91,7
55	1	,3	,3	92,0
56	2	,6	,6	92,6
57	6	1,7	1,7	94,2
58	4	1,1	1,1	95,3
59	1	,3	,3	95,6
60	2	,6	,6	96,1
61	2	,6	,6	96,7
62	2	,6	,6	97,2
63	1	,3	,3	97,5
64	4	1,1	1,1	98,6
66	1	,3	,3	98,9
68	1	,3	,3	99,2
69	2	,6	,6	99,7
75	1	,3	,3	100,0
Total	363	100,0	100,0	

### ANEXO 3

#### Altura

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1,46	1	,3	,3
	1,49	1	,3	,6
	1,50	8	2,2	2,8
	1,51	2	,6	3,3
	1,52	3	,8	4,1
	1,53	10	2,8	6,9
	1,54	2	,6	7,4
	1,55	8	2,2	9,6
	1,56	8	2,2	11,8
	1,57	14	3,9	15,7
	1,58	7	1,9	17,6
Valid	1,59	3	,8	18,5
	1,60	20	5,5	24,0
	1,61	4	1,1	25,1
	1,62	16	4,4	29,5
	1,63	13	3,6	33,1
	1,64	11	3,0	36,1
	1,65	15	4,1	40,2
	1,66	5	1,4	41,6
	1,67	23	6,3	47,9
	1,68	15	4,1	52,1
	1,69	9	2,5	54,5
	1,70	23	6,3	60,9
	1,71	5	1,4	62,3
	1,72	14	3,9	66,1
	1,73	18	5,0	71,1
	1,74	13	3,6	74,7
	1,75	16	4,4	79,1
	1,76	8	2,2	81,3
	1,77	7	1,9	83,2
	1,78	14	3,9	87,1
	1,79	2	,6	87,6
	1,80	15	4,1	91,7
	1,81	4	1,1	92,8



**Altura (cont)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1,82	4	1,1	1,1	93,9
1,83	9	2,5	2,5	96,4
1,85	5	1,4	1,4	97,8
1,86	1	,3	,3	98,1
1,87	1	,3	,3	98,3
1,88	2	,6	,6	98,9
1,90	3	,8	,8	99,7
1,91	1	,3	,3	100,0
Total	363	100,0	100,0	

## ANEXO 4

### Peso

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
39,00	1	,3	,3	,3
43,20	1	,3	,3	,6
44,00	1	,3	,3	,8
45,30	1	,3	,3	1,1
46,00	1	,3	,3	1,4
46,50	1	,3	,3	1,7
47,00	3	,8	,8	2,5
48,00	4	1,1	1,1	3,6
48,80	1	,3	,3	3,9
49,00	5	1,4	1,4	5,2
50,00	9	2,5	2,5	7,7
51,00	3	,8	,8	8,5
52,00	16	4,4	4,4	12,9
53,00	5	1,4	1,4	14,3
54,00	10	2,8	2,8	17,1
55,00	6	1,7	1,7	18,7
56,00	3	,8	,8	19,6
57,00	7	1,9	1,9	21,5
58,00	14	3,9	3,9	25,3
58,20	1	,3	,3	25,6
59,00	3	,8	,8	26,4
60,00	20	5,5	5,5	32,0
60,50	1	,3	,3	32,2
61,00	6	1,7	1,7	33,9
62,00	13	3,6	3,6	37,5
62,10	1	,3	,3	37,7
63,00	10	2,8	2,8	40,5
64,00	7	1,9	1,9	42,4
64,80	1	,3	,3	42,7
65,00	16	4,4	4,4	47,1
66,00	4	1,1	1,1	48,2
66,50	1	,3	,3	48,5
67,00	11	3,0	3,0	51,5
67,80	1	,3	,3	51,8

Valid

**Peso (cont)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
68,00	7	1,9	1,9	53,7
69,00	9	2,5	2,5	56,2
69,50	1	,3	,3	56,5
70,00	13	3,6	3,6	60,1
70,20	1	,3	,3	60,3
71,00	4	1,1	1,1	61,4
71,50	2	,6	,6	62,0
72,00	5	1,4	1,4	63,4
73,00	10	2,8	2,8	66,1
74,00	4	1,1	1,1	67,2
74,50	1	,3	,3	67,5
75,00	15	4,1	4,1	71,6
76,00	6	1,7	1,7	73,3
77,00	2	,6	,6	73,8
78,00	9	2,5	2,5	76,3
79,00	6	1,7	1,7	78,0
80,00	18	5,0	5,0	82,9
81,00	1	,3	,3	83,2
81,50	1	,3	,3	83,5
82,00	4	1,1	1,1	84,6
83,00	7	1,9	1,9	86,5
84,00	2	,6	,6	87,1
85,00	7	1,9	1,9	89,0
86,00	2	,6	,6	89,5
87,00	4	1,1	1,1	90,6
87,40	1	,3	,3	90,9
88,00	1	,3	,3	91,2
90,00	9	2,5	2,5	93,7
92,00	2	,6	,6	94,2
93,00	1	,3	,3	94,5
94,90	1	,3	,3	94,8
95,00	3	,8	,8	95,6
96,00	1	,3	,3	95,9
98,00	1	,3	,3	96,1
99,00	3	,8	,8	97,0
100,00	5	1,4	1,4	98,3

**Peso (cont)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
102,00	1	,3	,3	98,6
105,00	1	,3	,3	98,9
110,00	2	,6	,6	99,4
115,00	1	,3	,3	99,7
125,00	1	,3	,3	100,0
Total	363	100,0	100,0	

## ANEXO 5

### Número de vezes que pratica exercício físico por semana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1,00	5	1,4	1,4	1,4
1,50	4	1,1	1,1	2,5
2,00	46	12,7	12,7	15,2
2,50	18	5,0	5,0	20,1
3,00	84	23,1	23,1	43,3
3,50	18	5,0	5,0	48,2
4,00	70	19,3	19,3	67,5
4,50	12	3,3	3,3	70,8
5,00	57	15,7	15,7	86,5
5,50	12	3,3	3,3	89,8
6,00	23	6,3	6,3	96,1
7,00	11	3,0	3,0	99,2
7,50	1	,3	,3	99,4
10,00	1	,3	,3	99,7
14,00	1	,3	,3	100,0
Total	363	100,0	100,0	

## ANEXO 6

### Statistics

		Corrida em passadeira	Musculação	Natação (Caso o ginásio tenha piscina)	Aulas de Grupo
N	Valid	363	363	363	363
	Missing	0	0	0	0
Mean		2,0523	2,7287	,1901	1,3320
Median		2,0000	3,0000	,0000	,0000
Mode		,00	3,00	,00	,00
Std. Deviation		1,92971	1,87232	,71272	1,95865
Variance		3,724	3,506	,508	3,836
Range		12,00	10,00	9,00	15,00

#### Corrida em passadeira

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	125	34,4	34,4	34,4
1,00	30	8,3	8,3	42,7
1,50	2	,6	,6	43,3
2,00	52	14,3	14,3	57,6
2,50	6	1,7	1,7	59,2
3,00	60	16,5	16,5	75,8
3,50	3	,8	,8	76,6
4,00	43	11,8	11,8	88,4
4,50	4	1,1	1,1	89,5
5,00	27	7,4	7,4	97,0
5,50	1	,3	,3	97,2
6,00	3	,8	,8	98,1
7,00	6	1,7	1,7	99,7
12,00	1	,3	,3	100,0
Total	363	100,0	100,0	

#### Musculação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	72	19,8	19,8	19,8
1,00	18	5,0	5,0	24,8
1,50	1	,3	,3	25,1
2,00	58	16,0	16,0	41,0
2,50	8	2,2	2,2	43,3
3,00	86	23,7	23,7	66,9
3,50	3	,8	,8	67,8
4,00	50	13,8	13,8	81,5
4,50	6	1,7	1,7	83,2
5,00	35	9,6	9,6	92,8
5,50	5	1,4	1,4	94,2
6,00	13	3,6	3,6	97,8
7,00	7	1,9	1,9	99,7
10,00	1	,3	,3	100,0
Total	363	100,0	100,0	

**Natação (Caso o ginásio tenha piscina)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	325	89,5	89,5	89,5
1,00	19	5,2	5,2	94,8
2,00	13	3,6	3,6	98,3
3,00	5	1,4	1,4	99,7
9,00	1	,3	,3	100,0
Total	363	100,0	100,0	

**Aulas de Grupo**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	199	54,8	54,8	54,8
1,00	22	6,1	6,1	60,9
1,50	5	1,4	1,4	62,3
2,00	59	16,3	16,3	78,5
2,50	1	,3	,3	78,8
3,00	31	8,5	8,5	87,3
3,50	4	1,1	1,1	88,4
4,00	14	3,9	3,9	92,3
5,00	18	5,0	5,0	97,2
5,50	1	,3	,3	97,5
6,00	3	,8	,8	98,3
7,00	4	1,1	1,1	99,4
14,00	1	,3	,3	99,7
15,00	1	,3	,3	100,0
Total	363	100,0	100,0	

## ANEXO 7

### Yoga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	25	6,9	15,2	15,2
	Não	139	38,3	84,8	100,0
	Total	164	45,2	100,0	
Missing	System	199	54,8		
Total		363	100,0		

### Pilates

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	28	7,7	17,1	17,1
	Não	136	37,5	82,9	100,0
	Total	164	45,2	100,0	
Missing	System	199	54,8		
Total		363	100,0		

### Dança

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	1,4	3,0	3,0
	Não	159	43,8	97,0	100,0
	Total	164	45,2	100,0	
Missing	System	199	54,8		
Total		363	100,0		

### Hidrogenástica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	1,7	3,7	3,7
	Não	158	43,5	96,3	100,0
	Total	164	45,2	100,0	
Missing	System	199	54,8		
Total		363	100,0		

### Bike

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	37	10,2	22,6	22,6
	Não	127	35,0	77,4	100,0
	Total	164	45,2	100,0	
Missing	System	199	54,8		
Total		363	100,0		



### Abdominais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	57	15,7	34,8	34,8
	Não	107	29,5	65,2	100,0
	Total	164	45,2	100,0	
Missing	System	199	54,8		
Total		363	100,0		

### Workout

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	37	10,2	22,6	22,6
	Não	127	35,0	77,4	100,0
	Total	164	45,2	100,0	
Missing	System	199	54,8		
Total		363	100,0		

### Body Pump

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	51	14,0	31,1	31,1
	Não	113	31,1	68,9	100,0
	Total	164	45,2	100,0	
Missing	System	199	54,8		
Total		363	100,0		

### Body Combat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	41	11,3	25,0	25,0
	Não	123	33,9	75,0	100,0
	Total	164	45,2	100,0	
Missing	System	199	54,8		
Total		363	100,0		

### Zumba

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	25	6,9	15,2	15,2
	Não	139	38,3	84,8	100,0
	Total	164	45,2	100,0	
Missing	System	199	54,8		
Total		363	100,0		

## ANEXO 8

### A prática de exercício físico é o pensamento mais importante da minha vida

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Discordo totalmente	19	5,2	5,2	5,2
Discordo	91	25,1	25,1	30,3
Nem concordo nem discordo	105	28,9	28,9	59,2
Concordo	121	33,3	33,3	92,6
Concordo totalmente	27	7,4	7,4	100,0
Total	363	100,0	100,0	

### Têm surgido conflitos entre mim e a minha família e/ou o meu parceiro sobre a quantidade de exercício físico que pratico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Discordo totalmente	191	52,6	52,6	52,6
Discordo	88	24,2	24,2	76,9
Nem concordo nem discordo	36	9,9	9,9	86,8
Concordo	35	9,6	9,6	96,4
Concordo totalmente	13	3,6	3,6	100,0
Total	363	100,0	100,0	

### Utilizo a prática de exercício físico como forma de modificar o meu estado de humor (por exemplo, para obter adrenalina, para esquecer, etc)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Discordo totalmente	16	4,4	4,4	4,4
Discordo	48	13,2	13,2	17,6
Nem concordo nem discordo	63	17,4	17,4	35,0
Concordo	161	44,4	44,4	79,3
Concordo totalmente	75	20,7	20,7	100,0
Total	363	100,0	100,0	

**Ao longo do tempo tenho vindo a aumentar a quantidade de exercício físico que realizo por dia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	15	4,1	4,1
	Discordo	43	11,8	16,0
	Nem concordo nem discordo	77	21,2	37,2
	Concordo	179	49,3	86,5
	Concordo totalmente	49	13,5	100,0
	Total	363	100,0	100,0

**Se tiver que faltar a uma sessão de treino, fico mal-humorado e irritável**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	50	13,8	13,8
	Discordo	95	26,2	39,9
	Nem concordo nem discordo	92	25,3	65,3
	Concordo	87	24,0	89,3
	Concordo totalmente	39	10,7	100,0
	Total	363	100,0	100,0

**Se reduzo a quantidade de exercício físico que realizo, e depois recomeço, volto sempre a praticar a mesma quantidade que realizava antes**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	14	3,9	3,9
	Discordo	68	18,7	22,6
	Nem concordo nem discordo	86	23,7	46,3
	Concordo	155	42,7	89,0
	Concordo totalmente	40	11,0	100,0
	Total	363	100,0	100,0

## ANEXO 9

**Group Statistics**

	Género	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Score categorizado	Masculino	154	2,07	,444	,036
	Feminino	209	2,00	,427	,030

**Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Score categorizado	3,175	,076	1,547	361	,123	,071	,046	Lower	Upper
			1,538	322,466	,125	,071	,046	-.019	,162
								-.020	,163

## ANEXO 10

### Descriptives

Score categorizado

	n	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					16 - 25 anos	82		
26 - 35 anos	101	2,07	,430	,043	1,98	2,15	1	3
36 - 45 anos	109	2,06	,457	,044	1,98	2,15	1	3
46 - 55 anos	42	1,88	,453	,070	1,74	2,02	1	3
56 - 65 anos	24	1,96	,359	,073	1,81	2,11	1	3
66 - 75 anos	5	2,00	,707	,316	1,12	2,88	1	3
Total	363	2,03	,436	,023	1,99	2,08	1	3

### ANOVA

Score categorizado

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,348	5	,270	1,430	,213
Within Groups	67,319	357	,189		
Total	68,667	362			

## ANEXO 11

### Descriptives

Score categorizado

	n	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
magreza	9	1,89	,333	,111	1,63	2,15	1	2
saudável	217	2,04	,423	,029	1,98	2,10	1	3
Excesso de peso	106	2,05	,466	,045	1,96	2,14	1	3
Obesidade classe I	20	1,95	,510	,114	1,71	2,19	1	3
Obesidade classe II	8	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
Obesidade severa ou classe III	1	1,00	.	.	.	.	1	1
Total	361	2,03	,437	,023	1,99	2,08	1	3

### ANOVA

Score categorizado

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,435	5	,287	1,516	,184
Within Groups	67,230	355	,189		
Total	68,665	360			

## ANEXO 12

### Descriptives

Score categorizado

	n	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					Nenhuma	5		
Básico	10	2,00	,471	,149	1,66	2,34	1	3
Secundário	146	2,08	,485	,040	2,00	2,15	1	3
Bacharelato	17	2,06	,243	,059	1,93	2,18	2	3
Licenciatura	133	2,01	,435	,038	1,93	2,08	1	3
Mestrado	48	1,96	,355	,051	1,86	2,06	1	3
Doutoramento	4	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
Total	363	2,03	,436	,023	1,99	2,08	1	3

### ANOVA

Score categorizado

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,645	6	,108	,563	,760
Within Groups	68,022	356	,191		
Total	68,667	362			

## ANEXO 13

### Descriptives

Número de vezes que pratica exercício físico por semana

	n	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					Não Dependente Assintomático	29		
Não Dependente Sintomático	294	3,8282	1,50094	,08754	3,6560	4,0005	1,00	14,00
Em risco de Dependência	40	4,6875	1,25926	,19911	4,2848	5,0902	3,00	7,00
Total	363	3,8416	1,48672	,07803	3,6881	3,9951	1,00	14,00

### ANOVA

Número de vezes que pratica exercício físico por semana

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	59,516	2	29,758	14,465	,000
Within Groups	740,626	360	2,057		
Total	800,142	362			



## ANEXO 14

### Descriptives

	n	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
Corrida em passareira	Não Dependente Assintomático	29	1,4138	1,52403	,28300	,8341	1,9935	,00	5,00
	Não Dependente Sintomático	294	2,0204	1,88209	,10977	1,8044	2,2364	,00	12,00
	Em risco de Dependência	40	2,7500	2,33973	,36994	2,0017	3,4983	,00	7,00
	Total	363	2,0523	1,92971	,10128	1,8532	2,2515	,00	12,00
Musculação	Não Dependente Assintomático	29	1,8966	1,54330	,28658	1,3095	2,4836	,00	5,00
	Não Dependente Sintomático	294	2,6786	1,80573	,10531	2,4713	2,8858	,00	10,00
	Em risco de Dependência	40	3,7000	2,19790	,34752	2,9971	4,4029	,00	7,00
	Total	363	2,7287	1,87232	,09827	2,5354	2,9219	,00	10,00
Natação (Caso o ginásio tenha piscina)	Não Dependente Assintomático	29	,5172	1,76515	,32778	-,1542	1,1887	,00	9,00
	Não Dependente Sintomático	294	,1463	,49816	,02905	,0891	,2034	,00	3,00
	Em risco de Dependência	40	,2750	,71567	,11316	,0461	,5039	,00	3,00
	Total	363	,1901	,71272	,03741	,1165	,2636	,00	9,00
Aulas de Grupo	Não Dependente Assintomático	29	,9828	1,35279	,25121	,4682	1,4973	,00	4,00
	Não Dependente Sintomático	294	1,2942	1,83612	,10708	1,0835	1,5050	,00	14,00
	Em risco de Dependência	40	1,8625	2,92861	,46305	,9259	2,7991	,00	15,00
	Total	363	1,3320	1,95865	,10280	1,1298	1,5341	,00	15,00

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrida em passadeira	Between Groups	31,593	2	15,797	4,320	,014
	Within Groups	1316,412	360	3,657		
	Total	1348,006	362			
Musculação	Between Groups	58,557	2	29,279	8,708	,000
	Within Groups	1210,465	360	3,362		
	Total	1269,022	362			
Natação (Caso o ginásio tenha piscina)	Between Groups	3,957	2	1,979	3,959	,020
	Within Groups	179,927	360	,500		
	Total	183,884	362			
Aulas de Grupo	Between Groups	15,214	2	7,607	1,994	,138
	Within Groups	1373,535	360	3,815		
	Total	1388,749	362			

## ANEXO 15

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	363	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	363	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,713	6