



João Paulo de Figueiredo

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE, COSTUMES E ESTILOS DE VIDA INDICADORES DE RISCO EPIDEMIOLÓGICO AVALIAÇÃO DE ESTADOS DE SAÚDE E DOENÇA

Tese de doutoramento em Ciências da Saúde, Ramo Ciências Biomédicas, orientada pelo Professor Doutor Salvador Massano Cardoso e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Setembro de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

JOÃO PAULO DE FIGUEIREDO

Comportamentos de Saúde, Costumes e Estilos de Vida

∞ Indicadores de Risco Epidemiológico ∞

Avaliação de Estados de Saúde e Doença

Tese de doutoramento em Ciências da Saúde, Ramo Ciências Biomédicas, orientada pelo Professor Doutor Salvador Massano Cardoso e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Setembro de 2015

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

*À minha filha Matilde
À minha esposa Isabel
Ao meu pai Manuel
À minha mãe La-Salette... uma estrela no céu*

A Qualidade de Vida é “a combinação entre a percepção de bem-estar objetivo e subjetivo em múltiplos domínios da vida, considerados relevantes numa determinada cultura e tempo, aderindo aos níveis universais dos direitos humanos”

Wallander & Schmitt (2001) citados por
Gaspar, Matos, Pais Ribeiro, Gonçalves (2008:99)

“...é mais fácil convencer alguém que sofre a consultar o médico, do que alguém que não sofre a mudar de hábitos nocivos, a pensar num futuro longínquo, até porque os hábitos se tornaram muitas das vezes automáticos, inseridos num quotidiano e de difícil alteração”

Lalonde (1974) citado por
Matos (2004:460)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os participantes do estudo que colaboraram de forma voluntária e que tornaram possível a elaboração da tese e que contribuíram para a melhor compreensão dos estados de saúde no concelho de Coimbra.

Ao orientador Professor Doutor Salvador Massano Cardoso pela sua dedicação e sábio conhecimento com quem muito aprendi ao longo destes anos na elaboração da tese bem como nas comunicações e artigos apresentados. A sua boa disposição, disponibilidade, valores humanos, integridade intelectual e empenho tornaram esta tarefa menos difícil.

Ao Professor Doutor Jorge Conde, Presidente da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra pela amizade, apoio e incentivo prestado à concretização do trabalho de tese bem como pela experiência e conhecimento da realidade portuguesa no âmbito da saúde.

A Professora Doutora Ana Ferreira, Vice-Presidente da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra enquanto colega e amiga com quem partilhei vários momentos de trabalho e que me apoiou e que muito aprendi. Agradeço todo o apoio e amizade demonstrados e o exemplo de ética, de caráter, de profissionalismo e... de humanidade, que revelou em todos os momentos.

Agradeço ao Professor Coordenador Graciano Paulo, Vice-Presidente da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra pelo seu apoio e incentivo em momentos da minha vida enquanto docente e de investigador que foram cruciais para este final de trabalho.

A Professora Doutora Anabela Martins pela ajuda e apoio prestado nos vários momentos de reflexão sobre o trabalho de tese.

Ao Diretor do Centro de Estudos da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra Professor Doutor Pedro Ferreira pela autorização da administração de determinados indicadores de saúde validados para a realidade portuguesa que foram importantes para a realização do trabalho de tese.

Ao Professor Doutor José Pais Ribeiro da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto pela autorização da administração de determinados indicadores de saúde validados para a realidade portuguesa que foram importantes para a realização do trabalho de tese.

Às Professoras Doutorãs Madalena Ramos e Helena Carvalho do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Instituto Universitário de Lisboa) pelo contributo que deram para ser quem eu sou e pela formação (académica e científico) que ministraram e que me permitiu enveredar pelo mundo dos modelos de análise estatística multivariada... e que muito contribuiu para a realização do trabalho de tese.

Aos representantes das instituições religiosas e autárquicas que permitiram que a administração dos questionários de saúde se concretizassem nas populações locais que os mesmos representam.

A minha equipa de colaboradores, pela sua prestável ajuda na administração dos questionários de saúde junto da população do concelho de Coimbra. A dedicação e o esforço destes colaboradores foram fundamentais para chegarmos aos resultados que obtivemos e que estão vertidos nesta tese.

Aos colegas Luís Cavalheiro e Rui Soles pelo apoio prestado em determinados momentos de reflexão sobre várias temáticas desenvolvidas no trabalho de tese.

Aos meus verdadeiros e sinceros amigos Helder Simões, António Gabriel, Armando Caseiro, Alexandra André, Nádia Osório, Ana Valado e Isabel Andrade pela paciência, tolerância, amizade e alento que me deram para ultrapassar esta ultra-maratona que parecia interminável.

O meu profundo agradecimento a todos os outros que acreditaram e me ajudaram a acreditar na importância que este passo tem e que, de forma direta ou indiretamente, contribuíram para a sua construção.

E por fim, à minha família.

Foram eles os primeiros a sentir e a compreender esta minha vontade e necessidade de constante aprendizagem. O seu amor, paciência e apoio incondicional permitiram-me chegar ao fim. Apesar do sentimento de grandes ausências e alienação que o empenho a este trabalho determinou.

A minha Matilde... tudo!!!!

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	v
ÍNDICE GERAL.....	vii
ÍNDICE DE QUADROS, GRÁFICOS E FIGURAS.....	xiii
ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	xxii
RESUMO.....	xxiv
ABSTRACT.....	xxvii
INTRODUÇÃO.....	31
∞ Parte I – Enquadramento Teórico.....	35
CAPÍTULO I.....	37
1. PERSPETIVA EVOLUTIVA NA COMPREENSÃO DOS CONCEITOS DE “SAÚDE” E “DOENÇA” NAS POPULAÇÕES.....	37
1.1 A I E II REVOLUÇÃO DA SAÚDE.....	37
1.2 PERSPETIVAS MÉDICA E POPULAR NA COMPREENSÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA.....	40
1.3 A CIÊNCIA E A RELAÇÃO DINÂMICA DA SAÚDE E DA DOENÇA.....	45
CAPÍTULO II.....	47
2. QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E DOENÇA.....	47
2.1 INTRODUÇÃO HISTÓRICA.....	47
2.2 A CONCEPTUALIZAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA.....	48
2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E COM A DOENÇA.....	54
CAPÍTULO III.....	61
3. DETERMINANTES DE ESTADO DE SAÚDE.....	61
3.1 PERSPETIVA INTRODUTÓRIA.....	61
3.2 INTRODUÇÃO AOS CONCEITOS DE RISCO E FATOR DE RISCO.....	63
3.3 DETERMINANTES DOS ESTADOS DE SAÚDE E DE DOENÇA.....	65
3.3.1 Fatores Intrínsecos.....	66
3.3.2 Fatores Extrínsecos.....	70
CAPÍTULO IV.....	95
4. ESTADOS E ACONTECIMENTOS RELACIONADOS COM A SAÚDE.....	95
4.1 INTRODUÇÃO À CORRENTE “SAÚDE COMPORTAMENTAL”.....	95
4.1.1 Perspetiva Introdutória.....	95
4.1.2 Comportamentos de Saúde.....	97

4.1.3 Comportamentos de Risco	98
4.2 ESTILOS DE VIDA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE E DOENÇA	98
4.2.1 Perspetiva Conceptual.....	98
4.2.2 Estilos de Vida saudáveis versus prejudiciais e sua relação com a saúde.....	99
4.2.2.1 Hábitos Tabágicos.....	102
4.2.2.2 Consumo de Álcool.....	103
4.2.2.3 Obesidade.....	103
4.2.2.4 Atividade Física	107
4.2.2.5 Hábitos Alimentares	113
☞ Parte II – Investigação Empírica	115
1. METODOLOGIA DE ESTUDO.....	117
1.1 PERSPETIVA CONCEPTUAL DA INVESTIGAÇÃO.....	117
1.2 OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	118
1.3 LOCAL DE ESTUDO	120
1.4 NATUREZA DO ESTUDO	121
1.5 DURAÇÃO DO ESTUDO E O PERÍODO DE RECOLHA DE DADOS	123
1.6 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA	123
1.7 MÉTODOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	126
1.8 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO.....	128
1.8.1 Indicadores e Índices de Saúde	128
1.8.2 Estrutura e conteúdos do “Questionário de Saúde”	131
1.8.2.1 Indicadores de Contexto	131
1.8.2.2 Indicadores de Estado de Saúde	137
1.8.2.3 Determinantes de Estado de Saúde	151
1.9 ESTRATÉGIAS ESTATÍSTICAS NA ANÁLISE DOS DADOS	154
1.9.1 Avaliação Psicométrica dos Indicadores de Saúde.....	154
1.9.2 Descrição das medidas estatísticas descritivas aplicadas aos indicadores e determinantes de saúde	157
1.9.3 Descrição dos modelos de inferência estatística aplicados aos indicadores e determinantes de saúde sobre a perceção de estado de saúde.....	158
1.9.3.1 Princípios e Pressupostos.....	158
1.9.3.2 Testes estatísticos univariados.....	161
1.9.3.3 Testes estatísticos bivariados.....	161
1.9.3.4 Tomada de Decisão	161

1.9.4 Descrição de modelos multivariados para a estimação de um perfil de estado de saúde	162
1.9.5 Descrição dos modelos estatísticos para análise retrospectiva de indicadores e determinantes de saúde	166
1.9.5.1 Testes estatísticos univariados.....	166
1.9.5.2 Testes estatísticos bivariados.....	166
1.9.5.3 Testes estatísticos Multivariados	167
1.9.6 Software para o tratamento e análise de dados.....	169
2. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	171
2.1 – PRIMEIRA PARTE – DESCRIÇÃO DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS	171
2.1.1. Descrição dos Indicadores de Contexto	171
2.1.2. Descrição dos Indicadores de Estado de Saúde	181
2.1.2.1 Caraterização do Perfil de Saúde	181
2.1.2.2 Entidades e Cuidados de Saúde	187
2.1.2.3 Medicação	191
2.1.2.4 Saúde Oral	193
2.1.2.5 Cuidados de Saúde Preventivos	196
2.1.2.6 Perceção Geral de Estado de Saúde (SF-36)	197
2.1.2.7 Índice de Satisfação com a Vida (Índice de Qualidade de Vida)	198
2.1.2.8 Comportamentos de Saúde (Estilos de Vida).....	199
2.1.2.9 Locus de Controlo de Saúde.....	199
2.1.3. Descrição dos Determinantes de Estado de Saúde.....	200
2.1.3.1 Caraterização dos Hábitos Tabágicos.....	200
2.1.3.2 Caraterização dos Hábitos Alimentares	207
2.1.3.3 Caraterização dos hábitos Alcoólicos.....	212
2.1.3.4 Caraterização dos hábitos de Atividade Física	219
2.2 – SEGUNDA PARTE – PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE GERAL	225
2.2.1 Perceção de Estado de Saúde e os Indicadores de Contexto	225
2.2.2 Perceção de Estado de Saúde e os Indicadores de Estado de Saúde	253
2.2.3 Perceção de Estado de Saúde e os Determinantes de Saúde	272
2.2.3.1 Perfil de Saúde e hábitos tabágicos	272
2.2.3.2 Perfil de Saúde e hábitos alimentares.....	278
2.2.3.3 Perfil de Saúde e hábitos de consumo de álcool	282
2.2.3.4 Perfil de Saúde e hábitos de atividade física.....	284
2.3 – TERCEIRA PARTE – PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE	293

2.3.1 PERFIL DE SAÚDE E OS FATORES DE CONTEXTO.....	293
2.3.1.1 Perfil de Saúde associado às características sociobiográficas	293
2.3.2 PERFIL DE SAÚDE E OS INDICADORES DE ESTADO DE SAÚDE.....	303
2.3.2.1 Perfil de Saúde associado aos Cuidados de Saúde	303
2.3.2.2 Perfil de Saúde associado aos Comportamentos de Saúde	307
2.3.2.3 Perfil de Saúde associado à Doença Crónica	312
2.3.2.4 Perfil de Saúde associado as Índices de Saúde (LCS, QACS e IQV)	317
2.3.4 PERFIL DE SAÚDE ASSOCIADO AOS ESTILOS DE VIDA	321
2.4 – QUARTA PARTE – RELAÇÃO ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA	329
2.4.1 ANÁLISE RETROSPECTIVA DA POPULAÇÃO DO CONCELHO DE COIMBRA	329
2.4.1.1 Caracterização biográfica	329
2.4.1.2 Atividades Religiosas, Sociais e Culturais	332
2.4.1.3 Estilos de Vida.....	336
2.4.2 IMPACTO DA ADOLESCÊNCIA NA PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE PRESENTE	342
2.4.2.1 Indicadores de Contexto	342
2.4.2.1.1 - Local de Residência	342
2.4.2.1.2 - Tipo de Família	344
2.4.2.1.3 - Religião	345
2.4.2.1.4 - Atividades de Lazer	353
2.4.2.1.5 - Atividades Socio-recreativas	356
2.4.2.1.6 - Atividades Laborais, Domésticas e Escolares	359
2.4.2.2 Preditores de Saúde – Indicadores de Contexto	393
2.4.2.2.1 – Introdução ao Modelo.....	393
2.4.2.2.2 – Medidas de Estado de Saúde Física e Indicadores de Contexto	393
2.4.2.2.3 – Medidas de Estado de Saúde Mental e Indicadores de Contexto.....	397
2.4.2.3 Indicadores de Risco.....	400
2.4.2.3.1 – Hábitos Tabágicos.....	400
2.4.2.3.2 – Hábitos Alimentares	417
2.4.2.3.3 – Hábitos de consumo de Álcool	424
2.4.2.3.4 – Hábitos de Atividade Física.....	440
2.4.2.4 Preditores de Saúde – Indicadores de Estilos de Vida	458
2.4.2.4.1 – Introdução ao Modelo.....	458
2.4.2.4.2 – Medidas de Estado de Saúde Física e Estilos de Vida na Adolescência ..	458
2.4.2.4.3 – Medidas de Estado de Saúde Mental e Estilos de Vida na Adolescência	460
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS	463

3.1 NOTAS INTRODUTÓRIAS	463
3.2 - INDICADORES PREVALENTES DE CONTEXTO, DE ESTADO DE SAÚDE E RESPECTIVOS DETERMINANTES	464
3.3 – IMPACTO DOS INDICADORES E DETERMINANTES DE SAÚDE NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE.....	489
3.4 – INDICADORES E DETERMINANTES DE SAÚDE PREDITORES DE PERFIS DE SAÚDE SUBJETIVO (QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE) NA VIDA ADULTA	504
3.5 – IMPACTO DOS INDICADORES E DETERMINANTES DE SAÚDE DA ADOLESCÊNCIA E SUA RELAÇÃO NA ESTIMAÇÃO DE PERFIS DE SAÚDE (QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE) NA VIDA ADULTA	510
3.6 – CONCLUSÕES FINAIS	525
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	535
5. ANEXOS.....	555
5.1 ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE.....	555
5.2 ANEXO II – INFORMAÇÃO SOBRE APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	557
5.3 ANEXO III – REGRAS DE MEDIÇÃO DOS PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS	558

ÍNDICE DE QUADROS, GRÁFICOS E FIGURAS

FIGURA 1: CAUSAS DA DOENÇA	66
GRÁFICO 1: ESTRUTURA MULTI-NÍVEIS DE DETERMINANTES DE RISCO, RELAÇÕES DE CAUSALIDADE, E MEDIDAS DE PREVENÇÃO	83
FIGURA 2: MAPA GEOGRÁFICO DO CONCELHO DE COIMBRA	120
QUADRO 1: IDENTIFICAÇÃO DA FREGUESIA, DA TIPOLOGIA, N.º DE HABITANTES E ÁREA GEOGRÁFICA DAS FREGUESIAS CONCELHO DE COIMBRA	121
QUADRO 2: DISTRIBUIÇÃO DOS RESIDENTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR FREGUESIA	125
QUADRO 3: DISTRIBUIÇÃO DOS RESIDENTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR FREGUESIA	126
QUADRO 4: DESCRIÇÃO CONCEPTUAL DO QUESTIONÁRIO DE SAÚDE	131
QUADRO 5: IDENTIFICAÇÃO DAS COMPONENTES E RESPECTIVOS ITENS DA ESCALA LOCUS-DE-CONTROLO DE SAÚDE	143
QUADRO 6: IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES E RESPECTIVOS ITENS DA ESCALA ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA	146
QUADRO 7: IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES E RESPECTIVOS ITENS DO INVENTÁRIO QACS	149
QUADRO 8: DISTRIBUIÇÃO DOS RESIDENTES INQUIRIDOS DO CONCELHO DE COIMBRA POR FREGUESIA	171
QUADRO 9: CARATERIZAÇÃO SOCIOBIOGRÁFICA DOS RESIDENTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR SEXO	172
GRÁFICO 2: ÁREA DE RESIDÊNCIA DOS HABITANTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR SEXO	174
GRÁFICO 3: DISTRIBUIÇÃO DA IDADE DOS RESIDENTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR SEXO	175
QUADRO 10: CARATERÍSTICAS HABITACIONAIS E ÁREA DE RESIDÊNCIA DOS HABITANTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR SEXO	175
QUADRO 11: CARATERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DOS HABITANTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR SEXO	176
QUADRO 11: CARATERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DOS REFORMADOS E DESEMPREGADOS DOS HABITANTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR SEXO	178
QUADRO 13: CARATERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO SOCIOECONÓMICA DOS HABITANTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR SEXO	179
GRÁFICO 4: DESCRIÇÃO DA PERCEÇÃO DE ESTADO GERAL DE SAÚDE DOS HABITANTES DO CONCELHO DE COIMBRA	181
QUADRO 14: DESCRIÇÃO DOS PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS DOS RESIDENTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR SEXO	181
QUADRO 15: DESCRIÇÃO DO IMC E PERÍMETRO DA CINTURA (CLASSES) DOS RESIDENTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR SEXO	182
QUADRO 16: FREQUÊNCIA DE DOENÇAS CRÓNICAS (CLASSES) DOS RESIDENTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR SEXO	183
QUADRO 17: DOENÇAS CRÓNICAS MANIFESTADAS PELOS RESIDENTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR SEXO	184
QUADRO 18: ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇAS CRÓNICAS DOS RESIDENTES DO CONCELHO DE COIMBRA POR SEXO	186
QUADRO 19: DESCRIÇÃO DAS ENTIDADES DE SAÚDE QUE OS HABITANTES SÃO BENEFICIÁRIOS AJUSTADO POR SEXO	187
QUADRO 20: DESCRIÇÃO DAS ENTIDADES DE SAÚDE QUE OS HABITANTES DO CONCELHO DE COIMBRA RECORREM AJUSTADO POR SEXO	188
QUADRO 21: ENTIDADE DE SAÚDE A QUE RECORREM PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE AJUSTADO POR SEXO	188
QUADRO 22: CARATERIZAÇÃO DO TIPO DE CUIDADOS QUE OS HABITANTES DO CONCELHO DE COIMBRA RECORREM AJUSTADO POR SEXO	189
QUADRO 23: DESCRIÇÃO DAS RAZÕES DA ÚLTIMA CONSULTA A QUE RECORRERAM AJUSTADO POR SEXO	190
QUADRO 24: DESCRIÇÃO DAS “OUTRAS RAZÕES” DA ÚLTIMA CONSULTA A QUE RECORRERAM AJUSTADO POR SEXO	191
QUADRO 25: DESCRIÇÃO DO TIPO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS QUE RECORRERAM AJUSTADO POR SEXO	191
QUADRO 26: DESCRIÇÃO DAS RAZÕES PARA O CONSUMO DE MEDICAMENTOS AJUSTADO POR SEXO	192
QUADRO 27: CONSULTA DE SAÚDE ORAL AJUSTADO POR SEXO	193
QUADRO 27: MOTIVO(S) DA CONSULTA DE SAÚDE ORAL AJUSTADO POR SEXO	193
QUADRO 29: RAZÃO(ÕES) PARA A NÃO CONSULTA DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE ORAL AJUSTADO POR SEXO	194
QUADRO 30: USO DE PLACA DENTÁRIA AJUSTADO POR SEXO	194
QUADRO 31: HÁBITOS DE HIGIENE ORAL AJUSTADO POR SEXO	195
QUADRO 32: TIPOS DE PRODUTOS DE HIGIENE ORAL AJUSTADO POR SEXO	196
QUADRO 33: CUIDADOS DE SAÚDE FEMININOS	196
QUADRO 34: COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS DA POPULAÇÃO GERAL POR SEXO	197
QUADRO 35: DESCRIÇÃO GERAL DOS ÍNDICES DAS SUB-DIMENSÕES DA ESCALA SF-36	197
QUADRO 36: DESCRIÇÃO GERAL DOS ÍNDICES DAS SUB-DIMENSÕES DA ESCALA IQV	198
QUADRO 37: DESCRIÇÃO GERAL DOS ÍNDICES DAS DIMENSÕES DO QACS	199

QUADRO 38: DESCRIÇÃO GERAL DOS ÍNDICES DE LOCUS DE CONTROLO	199
GRÁFICOS DE SETORES 5: TIPO DE FUMADORES POR SEXO	200
QUADRO 39: CARATERIZAÇÃO DO CONSUMO DE TABACO POR SEXO.....	201
QUADRO 40: CARATERIZAÇÃO DO TIPO DE FUMADOR POR SEXO.....	201
QUADRO 41: CARATERIZAÇÃO DO TIPO DE FUMADOR QUANTO À TENTATIVA DE DEIXAR DE FUMAR.....	202
QUADRO 42: CARATERIZAÇÃO DO TIPO DE FUMADOR QUANTO À REINCIDÊNCIA NO CONSUMO COM AJUDA MÉDICA	202
QUADRO 43: CARATERIZAÇÃO DO TIPO DE FUMADOR QUANTO À REINCIDÊNCIA NO CONSUMO SEM AJUDA MÉDICA	203
QUADRO 44: CARATERIZAÇÃO DO EX-FUMADOR QUANTO AO CONSUMO POR SEXO	204
QUADRO 45: CARATERIZAÇÃO DO EX-FUMADOR QUANTO À FREQUÊNCIA DE CONSUMO POR SEXO	204
QUADRO 46: CARATERIZAÇÃO DO EX-FUMADOR QUANTO ÀS RAZÕES PARA O ABANDONO DO CONSUMO.....	205
QUADRO 47: CARATERIZAÇÃO DO NÃO FUMADOR QUANTO AOS MOTIVOS DO NÃO CONSUMO POR SEXO.....	206
QUADRO 48: CARATERIZAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES	207
QUADRO 49: CARATERIZAÇÃO DA ALTERAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES	208
QUADRO 50: CARATERIZAÇÃO DOS MOTIVOS PARA A ALTERAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES	208
QUADRO 51: CARATERIZAÇÃO DA FREQUÊNCIA DO TIPO DE CULINÁRIA	209
QUADRO 52: CARATERIZAÇÃO DO TIPO CONFEÇÃO - PEIXE	209
QUADRO 53: CARATERIZAÇÃO DO TIPO CONFEÇÃO - CARNE	210
QUADRO 54: CARATERIZAÇÃO DO TIPO DE PRÁTICAS DE CONFEÇÃO E CONSUMO DE DETERMINADOS ALIMENTOS.....	211
GRÁFICOS DE SETORES 6: TIPO DE CONSUMIDORES DE ÁLCOOL POR SEXO	212
QUADRO 55: CARATERIZAÇÃO DA IDADE DE INÍCIO E ANOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL POR SEXO	212
QUADRO 56: CARATERIZAÇÃO DA IDADE DE INÍCIO E ANOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL BEM COMO PRÁTICAS DE CONSUMO.....	213
QUADRO 57: CARATERIZAÇÃO DE HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL POR SEXO	214
QUADRO 58: CARATERIZAÇÃO DE HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL DURANTE A SEMANA POR SEXO	215
QUADRO 59: CARATERIZAÇÃO DE HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL DURANTE O FIM-DE-SEMANA POR SEXO.....	216
QUADRO 60: CARATERIZAÇÃO DE HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM FUNÇÃO DO LOCAL POR SEXO	216
QUADRO 61: CARATERIZAÇÃO DE HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM EX-CONSUMIDORES POR SEXO	217
QUADRO 62: CARATERIZAÇÃO DE HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL (CLASSES) EM EX-CONSUMIDORES POR SEXO	217
QUADRO 63: DESCRIÇÃO DO(S) MOTIVO(S) PARA O ABANDONO DO CONSUMO DE ÁLCOOL POR SEXO.....	218
QUADRO 64: DESCRIÇÃO DA(S) RAZÃO(ÕES) PARA O NÃO CONSUMO DE ÁLCOOL POR SEXO.....	219
QUADRO 65: CARATERIZAÇÃO DOS HÁBITOS DE SONO E DE TRABALHO (HORAS/DIA E SEMANA) POR SEXO.....	219
QUADRO 66: CARATERIZAÇÃO DOS HÁBITOS DE SONO E DE TRABALHO (HORAS/DIA E SEMANA - CLASSES) POR SEXO	220
QUADRO 67: CARATERIZAÇÃO DOS HÁBITOS DIÁRIOS DE DESLOCAÇÃO POR SEXO.....	220
QUADRO 68: CARATERIZAÇÃO DO TIPO DE ATIVIDADE LABORAL POR SEXO.....	221
QUADRO 69: PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA POR SEXO	221
QUADRO 70: TIPO DE DESPORTO POR SEXO.....	222
QUADRO 71: CARATERIZAÇÃO DA PRÁTICA DESPORTIVA POR SEXO.....	223
QUADRO 72: CARATERIZAÇÃO DOS OBJETIVOS DA PRÁTICA DESPORTIVA POR SEXO	223
QUADRO 73: CARATERIZAÇÃO DAS RAZÕES DA NÃO PRÁTICA DESPORTIVA POR SEXO	224
QUADRO 74: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE POR SEXO.....	225
QUADRO 75: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE POR CLASSES DE IDADE	226
GRÁFICO 7: VALORES MÉDIOS DE PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE EM FUNÇÃO DAS CLASSES DE IDADE	229
QUADRO 76: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE (MEDIDAS FÍSICAS) POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	229
GRÁFICO 8: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DA FUNÇÃO FÍSICA POR GRUPOS DE HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	230
GRÁFICO 9: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DA DESEMPENHO FÍSICO POR GRUPOS DE HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.....	230
QUADRO 77: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE (MEDIDAS MENTAIS) POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	232
GRÁFICO 10: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DA FUNÇÃO SOCIAL POR GRUPOS DE HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	233
GRÁFICO 11: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DO DESEMPENHO EMOCIONAL POR GRUPOS DE HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	233
GRÁFICO 12: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DA SAÚDE MENTAL POR GRUPOS DE HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	233
QUADRO 78: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE POR CONDIÇÃO CIVIL	234

GRÁFICO 13: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DA FUNÇÃO FÍSICA POR ESTADO CIVIL	234
GRÁFICO 14: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DO DESEMPENHO FÍSICO POR ESTADO CIVIL	235
QUADRO 79: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE POR CONDIÇÃO CIVIL.....	236
GRÁFICO 15: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DA FUNÇÃO SOCIAL POR ESTADO CIVIL	236
GRÁFICO 16: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DO DESEMPENHO EMOCIONAL POR ESTADO CIVIL	237
GRÁFICO 17: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DE SAÚDE MENTAL POR ESTADO CIVIL	237
QUADRO 80: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE EM FUNÇÃO DO TIPO CONJUGALIDADE	238
QUADRO 81: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE EM FUNÇÃO DA PRESENÇA DE PROGENITORES	238
QUADRO 82: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE EM FUNÇÃO DA RELIGIÃO.....	239
QUADRO 83: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE EM FUNÇÃO DO TIPO DE RELIGIOSA	240
QUADRO 84: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE EM FUNÇÃO DO TIPO DE PRATICANTE	240
QUADRO 85: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE (COMPONENTE FÍSICA) EM FUNÇÃO DA ÁREA DE RESIDÊNCIA	241
QUADRO 86: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE (COMPONENTE MENTAL) EM FUNÇÃO DA ÁREA DE RESIDÊNCIA	242
QUADRO 87: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE EM FUNÇÃO DAS CARATERÍSTICAS DA RESIDÊNCIA (HABITAÇÃO)	243
QUADRO 88: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL	244
QUADRO 89: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE EM FUNÇÃO DO TIPO DE VÍNCULO LABORAL.....	244
QUADRO 90: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE (COMPONENTE FÍSICA) EM FUNÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO PORTUGUESA DAS PROFISSÕES.....	245
QUADRO 91: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE (COMPONENTE MENTAL) EM FUNÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO PORTUGUESA DAS PROFISSÕES	246
GRÁFICO 18: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DO DESEMPENHO EMOCIONAL POR CLASSIFICAÇÃO DAS PROFISSÕES	246
GRÁFICO 19: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DA SAÚDE MENTAL POR CLASSIFICAÇÃO DAS PROFISSÕES	247
QUADRO 92: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ATIVA EM FUNÇÃO DA CLASSE SOCIAL (GRAFFAR)	247
GRÁFICO 20: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DO DESEMPENHO EMOCIONAL POR ESCALA DE GRAFFAR	248
QUADRO 93: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE DA TOTALIDADE DA POPULAÇÃO EM FUNÇÃO DA CLASSE SOCIAL (GRAFFAR).....	249
GRÁFICO 21: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DA FUNÇÃO FÍSICA POR ESCALA DE GRAFFAR	250
GRÁFICO 22: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DO DESEMPENHO FÍSICO POR ESCALA DE GRAFFAR	250
QUADRO 94: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE DA TOTALIDADE DA POPULAÇÃO EM FUNÇÃO DA CLASSE SOCIAL (GRAFFAR).....	251
QUADRO 95: CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DE QVRS.....	253
QUADRO 96: CORRELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE E A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE.....	254
QUADRO 97: CORRELAÇÃO ENTRE O IQV E A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE	255
QUADRO 98: CORRELAÇÃO ENTRE O LCS E A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE.....	256
QUADRO 99: CORRELAÇÃO ENTRE OS ESTILOS DE VIDA (QACS) E A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE.....	257
QUADRO 100: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E O IMC (PESO NORMAL/ALTERADO)	258
QUADRO 101: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E O IMC	258
QUADRO 102: RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE E CLASSIFICAÇÃO DO PERÍMETRO DA CINTURA	260
QUADRO 103: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E OS VALORES DE CIRCUNFERÊNCIA DO PESCOÇO	260
QUADRO 104: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A DOENÇA	261
QUADRO 105: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A FREQUÊNCIA DE DOENÇAS CRÓNICAS	262
GRÁFICO 23: VALORES MÉDIOS DE PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE EM FUNÇÃO DAS CLASSES DE FREQUÊNCIA DE DOENÇA CRÓNICA.....	264
QUADRO 106: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE (COMPONENTE FÍSICA) E CADA TIPO/GRUPO DE DOENÇAS CRÓNICAS	265
QUADRO 107: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE (COMPONENTE MENTAL) E CADA TIPO/GRUPO DE DOENÇAS CRÓNICAS	266
QUADRO 108: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A FREQUÊNCIA DE ENTIDADES DE SAÚDE	267
QUADRO 109: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A VISITA MÉDICA ≤ 3 MESES	268
QUADRO 110: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A FREQUÊNCIA DA VISITA MÉDICA	269
QUADRO 111: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E O CONSUMO DE MEDICAMENTOS COM RECEITA MÉDICA	270
QUADRO 112: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E O CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEM RECEITA MÉDICA	270
QUADRO 113: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A CONSULTA DE DENTISTA	271

QUADRO 114: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE (MEDIDAS FÍSICAS) E CUIDADOS PREVENTIVOS	271
QUADRO 115: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE (MEDIDAS MENTAIS) E CUIDADOS PREVENTIVOS.....	272
QUADRO 116: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E TIPO DE FUMADOR.....	272
QUADRO 117: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E HÁBITOS TABÁGICOS	273
QUADRO 118: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E TIPO DE FUMADOR.....	274
QUADRO 119: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E ALTERAÇÃO DOS HÁBITOS TABÁGICOS FACE À MARCA	274
QUADRO 120: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E ALTERAÇÃO DOS HÁBITOS TABÁGICOS E AJUDA MÉDICA.....	275
QUADRO 121: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E ABANDONO DO CONSUMO DE TABACO COM AJUDA MÉDICA	276
QUADRO 122: RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE (QVRS) E HÁBITOS TABÁGICOS EM EX-FUMADORES.....	276
QUADRO 123: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E TIPO DE CONSUMO EM EX-FUMADORES	277
QUADRO 124: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A FREQUÊNCIA DE REFEIÇÕES DIÁRIAS	278
QUADRO 125: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E O LOCAL PARA A REALIZAÇÃO DE REFEIÇÕES DIÁRIAS	279
QUADRO 126: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A FREQUÊNCIA DE REFEIÇÕES DIÁRIAS FORA DE CASA POR SEMANA.	279
QUADRO 127: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A ALTERAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES	280
QUADRO 128: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A ALTERAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES (TEMPO)	281
QUADRO 129: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL.....	282
QUADRO 130: CORRELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA E O NÚMERO DE ANOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL.....	282
QUADRO 131: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL (IDADE DE INÍCIO)	283
QUADRO 132: CORRELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA E O NÚMERO DE ANOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL (EX-CONSUMIDORES)	283
QUADRO 133: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL (IDADE DE INÍCIO – EX- CONSUMIDORES)	284
QUADRO 134: CORRELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA E O NÚMERO DE HORAS DE SONO POR DIA	284
QUADRO 135: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E AS HORAS DE SONO POR DIA (CLASSES)	285
QUADRO 136: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E AS HORAS DE TRABALHO POR SEMANA	286
QUADRO 137: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E O MODO DE DESLOCAÇÃO	287
QUADRO 138: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE (MEDIDAS FÍSICAS) POR TIPO DE ATIVIDADE LABORAL	288
QUADRO 139: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE (MEDIDAS MENTAIS) POR TIPO DE ATIVIDADE LABORAL.....	288
QUADRO 140: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	289
QUADRO 141: CORRELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE ATIVIDADES DESPORTIVAS E A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE.....	289
QUADRO 142: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A FREQUÊNCIA DE ATIVIDADES DESPORTIVAS (CLASSES)	290
QUADRO 143: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E O TIPO DE ATIVIDADES DESPORTIVAS (SOZINHO/ACOMPANHADO)	291
QUADRO 144: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E A PRÁTICA DE DESPORTO	292
QUADRO 145: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE - FÍSICA SEGUNDO OS PREDITORES DE CONTEXTO.....	294
DIAGRAMA 1 – MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA MULTIVARIADA DA PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE AO NÍVEL FÍSICO (MESF) SEGUNDO OS PREDITORES DE CONTEXTO.....	298
QUADRO 146: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE - MENTAL SEGUNDO OS PREDITORES DE CONTEXTO.....	302
QUADRO 147: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE – FÍSICA E MENTAL SEGUNDO OS PREDITORES CUIDADOS DE SAÚDE.....	305
QUADRO 148: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE - FÍSICA SEGUNDO OS PREDITORES COMPORTAMENTOS DE SAÚDE.	309
QUADRO 149: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE - MENTAL SEGUNDO OS PREDITORES COMPORTAMENTOS DE SAÚDE.	311
QUADRO 150: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE - FÍSICA SEGUNDO OS PREDITORES DOENÇAS CRÓNICAS.	314
QUADRO 151: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE - MENTAL SEGUNDO OS PREDITORES DOENÇAS CRÓNICAS.	316
QUADRO 152: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE – FÍSICA E MENTAL SEGUNDO OS ÍNDICES DE SAÚDE.....	320
DIAGRAMA 2 – MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA MULTIVARIADA DA PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE AO NÍVEL FÍSICO (MESF) SEGUNDO OS PREDITORES ESTILOS DE VIDA.....	322
QUADRO 153: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE - FÍSICA SEGUNDO OS PREDITORES ESTILOS DE VIDA.	324
DIAGRAMA 3 – MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA MULTIVARIADA DA PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE AO NÍVEL MENTAL (MESM) SEGUNDO OS PREDITORES ESTILOS DE VIDA.....	326

QUADRO 154: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE - MENTAL SEGUNDO OS PREDITORES ESTILOS DE VIDA	328
QUADRO 155: CARATERIZAÇÃO SOCIOBIOGRÁFICA DA ÁREA DE RESIDÊNCIA NO PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA EM FUNÇÃO DO SEXO	329
QUADRO 156: CARATERIZAÇÃO DO TIPO DE FAMÍLIA DE ORIGEM (ADOLESCÊNCIA) EM FUNÇÃO DO SEXO	330
QUADRO 157: CARATERIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES ESCOLARES (ADOLESCÊNCIA) POR SEXO	330
QUADRO 158: CARATERIZAÇÃO DOS MOTIVOS DO ABANDONO DAS ATIVIDADES ESCOLARES (ADOLESCÊNCIA) POR SEXO	331
QUADRO 159: CARATERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES RELIGIOSAS (ADOLESCÊNCIA) POR SEXO	332
QUADRO 160: CARATERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE LAZER (ADOLESCÊNCIA) POR SEXO	333
QUADRO 161: CARATERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SOCIAIS (ADOLESCÊNCIA) POR SEXO	333
QUADRO 162: CARATERIZAÇÃO DO TIPO DE PARTICIPAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES SOCIOCULTURAIS (ADOLESCÊNCIA) POR SEXO	334
QUADRO 163: CARATERIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES LABORAIS (ADOLESCÊNCIA) POR SEXO	334
QUADRO 164: CARATERIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS (ADOLESCÊNCIA) POR SEXO	335
QUADRO 165: CARATERIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NOS TIPOS DE ATIVIDADES DOMÉSTICAS (ADOLESCÊNCIA) POR SEXO	335
QUADRO 166: CARATERIZAÇÃO DOS HÁBITOS TABÁGICOS NA ADOLESCÊNCIA POR SEXO	336
QUADRO 167: MOTIVO(S) PARA FUMAR PELA 1.ª VEZ POR SEXO	337
QUADRO 168: CARATERIZAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA POR SEXO	337
QUADRO 169 CARATERIZAÇÃO DOS HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA POR SEXO	338
QUADRO 170: MOTIVO(S) PARA O CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA POR SEXO	338
QUADRO 171: MOMENTO(S) EM QUE OCORREU O CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA POR SEXO	339
QUADRO 172: LOCAL(AIS) EM QUE OCORREU O CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA POR SEXO	339
QUADRO 173: CARATERIZAÇÃO DO TIPO DE BEBIDAS DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA POR SEXO	340
QUADRO 174: ATIVIDADE FÍSICA NA ADOLESCÊNCIA POR SEXO	341
QUADRO 175: MOTIVO(S) PARA A NÃO PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA ADOLESCÊNCIA	341
QUADRO 176: PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE EM FUNÇÃO DO LOCAL DE RESIDÊNCIA NO PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA	342
QUADRO 177: PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE EM FUNÇÃO DO LOCAL DE RESIDÊNCIA FORA DO CONCELHO DE COIMBRA NO PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA	343
QUADRO 178: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS EM FUNÇÃO DO TIPO DE FAMÍLIA	344
QUADRO 179: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL EM FUNÇÃO DO TIPO DE FAMÍLIA	344
QUADRO 180: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DA RELIGIÃO NA ADOLESCÊNCIA	345
QUADRO 181: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES RELIGIOSAS	346
QUADRO 182: DESIGN FATORIAL SOBRE A INTEGRAÇÃO NA RELIGIÃO NA ADOLESCÊNCIA E NA VIDA ADULTA AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA	347
QUADRO 183: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DA INTEGRAÇÃO RELIGIOSA NA ADOLESCÊNCIA E A RELIGIÃO NA VIDA ADULTA SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS	349
QUADRO 184: DESIGN FATORIAL SOBRE A INTEGRAÇÃO NA RELIGIÃO NA ADOLESCÊNCIA E NA VIDA ADULTA AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	350
QUADRO 185: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DA INTEGRAÇÃO RELIGIOSA NA ADOLESCÊNCIA E A RELIGIÃO NA VIDA ADULTA SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	351
QUADRO 186: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS AO NÍVEL DA RELIGIÃO NA ADOLESCÊNCIA EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAIS	352
QUADRO 186: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA EM FUNÇÃO DE ATIVIDADES DE LAZER (ADOLESCÊNCIA)	353
QUADRO 187: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL EM FUNÇÃO DE ATIVIDADES DE LAZER (ADOLESCÊNCIA)	354
QUADRO 188: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DA PARTICIPAÇÃO EM ASSOCIAÇÕES NA ADOLESCÊNCIA	356
QUADRO 189: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DE ATIVIDADES DE LAZER NA ADOLESCÊNCIA	356
QUADRO 190: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DE ATIVIDADES DE LAZER NA ADOLESCÊNCIA	357
QUADRO 191: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DO TIPO DE PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES SOCIO-RECREATIVAS NA ADOLESCÊNCIA	358
QUADRO 192: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DA ATIVIDADE LABORAL NA ADOLESCÊNCIA	359
QUADRO 193: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA EM FUNÇÃO DA IDADE DE INÍCIO DE ATIVIDADE LABORAL NA ADOLESCÊNCIA	359
QUADRO 194: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL EM FUNÇÃO DA IDADE DE INÍCIO DE ATIVIDADE LABORAL NA ADOLESCÊNCIA	360
QUADRO 195: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DA ATIVIDADE LABORAL NA ADOLESCÊNCIA	362

QUADRO 196: <i>DESIGN</i> FATORIAL DO TIPO DE ATIVIDADE LABORAL NA ADOLESCÊNCIA E A IDADE DE INÍCIO DE ATIVIDADE LABORAL AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA	362
QUADRO 197: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DA IDADE DE INÍCIO DE ATIVIDADE LABORAL E O TIPO DE ATIVIDADE SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS	363
QUADRO 198: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DO TIPO DE ATIVIDADE LABORAL EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS	365
QUADRO 199: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DE IDADE DE INÍCIO DA ATIVIDADE LABORAL EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS	366
QUADRO 200: <i>DESIGN</i> FATORIAL DO TIPO DE ATIVIDADE LABORAL NA ADOLESCÊNCIA E A IDADE DE INÍCIO DE ATIVIDADE LABORAL AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	367
QUADRO 201: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DA IDADE DE INÍCIO DE ATIVIDADE LABORAL E O TIPO DE ATIVIDADE SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAIS.	368
QUADRO 202: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DO TIPO DE ATIVIDADE LABORAL EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAIS	369
QUADRO 203: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DE IDADE DE INÍCIO DA ATIVIDADE LABORAL EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAIS	369
QUADRO 204: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DA PARTICIPAÇÃO ATIVIDADES DOMÉSTICAS (ADOLESCÊNCIA)	370
QUADRO 205: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICO EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS NA ADOLESCÊNCIA	370
QUADRO 206 MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS NA ADOLESCÊNCIA	371
QUADRO 207: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICO EM FUNÇÃO DA IDADE EM QUE ESTUDARAM	372
QUADRO 208: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL EM FUNÇÃO DA IDADE EM QUE ESTUDARAM	373
QUADRO 209: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DO ABANDONO DO ENSINO	374
QUADRO 210: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DA DUALIDADE ESTUDAR/TRABALHAR	375
QUADRO 211: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DA DUALIDADE ESTUDAR/TRABALHAR NA ADOLESCÊNCIA	375
QUADRO 212: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DA DUALIDADE ESTUDAR/TRABALHAR EM PESSOAS QUE NÃO DEIXARAM DE ESTUDAR NA ADOLESCÊNCIA	376
QUADRO 213: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM RELAÇÃO AO REGRESSO AO ENSINO	376
QUADRO 214: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DO REGRESSO AO ENSINO NA ADOLESCÊNCIA/VIDA ADULTA	377
QUADRO 215: MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DOS ANOS DE ESTUDO	378
QUADRO 216: <i>DESIGN</i> FATORIAL DO REGRESSO AO ENSINO E O NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA	379
QUADRO 217: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DO REGRESSO AO ENSINO E O NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA.	380
QUADRO 218: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ENTRE O REGRESSO AO ENSINO (VIDA ADULTA OU ADOLESCÊNCIA) EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA	381
QUADRO 219: <i>DESIGN</i> FATORIAL DO REGRESSO AO ENSINO E O NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	382
QUADRO 220: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DO REGRESSO AO ENSINO (VIDA ADULTA E ADOLESCÊNCIA) E ANOS DE ESTUDO SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	383
QUADRO 221: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ENTRE O REGRESSO AO ENSINO (VIDA ADULTA OU ADOLESCÊNCIA) EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	384
QUADRO 222: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ENTRE NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO (CLASSES) EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	384
QUADRO 223: <i>DESIGN</i> FATORIAL REGRESSO AO ENSINO E IDADE DE INÍCIO DE ATIVIDADE LABORAL AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA	385
QUADRO 224: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DO REGRESSO AO ENSINO E IDADE DE INÍCIO DE ATIVIDADE LABORAL AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA.	386
QUADRO 225: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DO REGRESSO AO ENSINO EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA.	388
QUADRO 226: <i>DESIGN</i> FATORIAL REGRESSO AO ENSINO E IDADE DE INÍCIO DE ATIVIDADE LABORAL AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	389
QUADRO 227: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DO REGRESSO AO ENSINO E IDADE DE INÍCIO DE ATIVIDADE LABORAL AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	390
QUADRO 228: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS IDADE DE INÍCIO DA ATIVIDADE LABORAL EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	392
QUADRO 229: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICO SEGUNDO OS PREDITORES DE CONTEXTO NO ÂMBITO DA ADOLESCÊNCIA	396
QUADRO 230: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL SEGUNDO OS PREDITORES DE CONTEXTO NO ÂMBITO DA ADOLESCÊNCIA	399
QUADRO 231: HÁBITOS TABÁGICOS NA ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA E SUA RELAÇÃO COM A PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE	400

QUADRO 232: HÁBITOS TABÁGICOS ENTRE O PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA E A VIDA ADULTA.	400
QUADRO 233: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA EM PESSOAS QUE INICIARAM O CONSUMO NA ADOLESCÊNCIA OU NA VIDA ADULTA EM FUNÇÃO DOS ANOS DE CONSUMO (CLASSE).	401
QUADRO 234: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA EM PESSOAS QUE FUMAVAM OU ERAM EX-FUMADORES EM FUNÇÃO DA CLASSE DE ANOS DE CONSUMO.	402
QUADRO 235: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL EM PESSOAS QUE TERIAM OU NÃO INICIADO O CONSUMO TABACO NA ADOLESCÊNCIA EM FUNÇÃO DA CLASSE DE ANOS DE CONSUMO.	403
QUADRO 236: PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL EM PESSOAS FUMADORAS E EX-FUMADORAS EM FUNÇÃO DA CLASSE DE ANOS DE CONSUMO.	403
QUADRO 237: <i>DESIGN</i> FATORIAL DOS ANOS DE CONSUMO (CLASSES) INÍCIO DO CONSUMO DE TABACO NA ADOLESCÊNCIA E OS HÁBITOS TABÁGICOS NA VIDA ADULTA AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA.	404
QUADRO 238: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DE ANOS DE CONSUMO, INÍCIO DE CONSUMO (ADOLESCÊNCIA) E HÁBITOS TABÁGICOS (ADULTO) SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS.	406
QUADRO 239: ESTIMATIVAS MÉDIAS MARGINAIS DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS EM FUNÇÃO DO HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO. .	409
QUADRO 240: ESTIMATIVAS MÉDIAS MARGINAIS DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS EM FUNÇÃO DO INÍCIO DO CONSUMO NA ADOLESCÊNCIA.	409
QUADRO 241: ESTIMATIVAS MÉDIAS MARGINAIS DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS EM FUNÇÃO DOS HÁBITOS TABÁGICOS EM ADULTO.	410
QUADRO 242: <i>DESIGN</i> FATORIAL DOS ANOS DE CONSUMO (CLASSES), INÍCIO DO CONSUMO DE TABACO NA ADOLESCÊNCIA E OS HÁBITOS TABÁGICOS NA VIDA ADULTA AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL.	411
QUADRO 243: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DA ANOS DE CONSUMO, INÍCIO DE CONSUMO (ADOLESCÊNCIA) E HÁBITOS TABÁGICOS (ADULTO) SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAIS.	413
QUADRO 244: ESTIMATIVAS MÉDIAS MARGINAIS DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAIS EM FUNÇÃO DOS ANOS DE CONSUMO.	416
QUADRO 245: ESTIMATIVAS MÉDIAS MARGINAIS DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAIS EM FUNÇÃO DO INÍCIO DO CONSUMO NA ADOLESCÊNCIA.	416
QUADRO 246: ESTIMATIVAS MÉDIAS MARGINAIS DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAIS EM FUNÇÃO DOS HÁBITOS TABÁGICOS (ADULTO).	417
QUADRO 247: FREQUÊNCIA DE REFEIÇÕES NA ADOLESCÊNCIA AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS.	417
QUADRO 248: FREQUÊNCIA DE REFEIÇÕES ENTRE A ADOLESCÊNCIA E A VIDA ADULTA.	418
QUADRO 249: FREQUÊNCIA ALIMENTAR ENTRE A ADOLESCÊNCIA E A VIDA ADULTA COM AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA.	419
QUADRO 250: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DA FREQUÊNCIA DE REFEIÇÕES NA ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA.	420
QUADRO 251: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NA FREQUÊNCIA DE REFEIÇÕES NA VIDA ADULTA EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS	421
QUADRO 252: <i>DESIGN</i> FATORIAL DA FREQUÊNCIA ALIMENTAR ENTRE A ADOLESCÊNCIA E A VIDA ADULTA AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL.	421
QUADRO 253: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DA FREQUÊNCIA DE REFEIÇÕES NA ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL.	422
QUADRO 254: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NA FREQUÊNCIA DE REFEIÇÕES NA ADOLESCENTE EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL.	423
QUADRO 255: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NA FREQUÊNCIA ALIMENTAR NA VIDA ADULTA EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	424
QUADRO 256: CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA E NA VIDA ADULTA E AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS E MENTAIS.	424
QUADRO 257: CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE A ADOLESCÊNCIA E A VIDA ADULTA.	425
QUADRO 258: <i>DESIGN</i> FATORIAL DA PRÁTICA DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE A ADOLESCÊNCIA E A VIDA ADULTA E ANOS DE CONSUMO AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA.	426
QUADRO 259: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA E ANOS DE CONSUMO (CLASSES) SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA.	427
QUADRO 260: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA.	428
QUADRO 261: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DE ANOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS	428
QUADRO 262: <i>DESIGN</i> FATORIAL DA PRÁTICA DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE A ADOLESCÊNCIA E A VIDA ADULTA E ANOS DE CONSUMO AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL.	429
QUADRO 263: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA E ANOS DE CONSUMO (CLASSES) SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL.	430

QUADRO 264: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	431
QUADRO 265: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ANOS CONSUMO DE ÁLCOOL EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	432
QUADRO 266: <i>DESIGN</i> FATORIAL DA PRÁTICA DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE A ADOLESCÊNCIA E A VIDA ADULTA E A IDADE (CLASSES) AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS.	433
QUADRO 267: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DA IDADE (CLASSES) E DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA.	434
QUADRO 268: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DE IDADE (CLASSES) EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS	435
QUADRO 269: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA	436
QUADRO 270: <i>DESIGN</i> FATORIAL DA PRÁTICA DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE A ADOLESCÊNCIA E A VIDA ADULTA E A IDADE (CLASSES) AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAIS.	436
QUADRO 271: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DA IDADE (CLASSES) E ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL.	438
QUADRO 272: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DE IDADE (CLASSES) EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS	439
QUADRO 273: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	440
QUADRO 274: ÍNDICES DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA ADOLESCÊNCIA.	440
QUADRO 275: ÍNDICES DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM FUNÇÃO DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA ADOLESCÊNCIA DENTRO DA ESCOLA.	441
QUADRO 276: PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA ENTRE A ADOLESCÊNCIA E A VIDA ADULTA.	441
QUADRO 277: <i>DESIGN</i> FATORIAL DA ATIVIDADE DESPORTIVA NA ADOLESCÊNCIA E NA VIDA ADULTA AO NÍVEL DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICAS.	442
QUADRO 278: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DA ATIVIDADE DESPORTIVA NA ADOLESCÊNCIA E NA VIDA ADULTA EM FUNÇÃO DA IDADE (CLASSES) SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA.	444
QUADRO 279: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DA ATIVIDADE DESPORTIVA NA ADOLESCÊNCIA EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA	449
QUADRO 280: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DA ATIVIDADE DESPORTIVA NA VIDA ADULTA EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA	449
QUADRO 281: <i>DESIGN</i> FATORIAL DA ATIVIDADE DESPORTIVA NA ADOLESCÊNCIA E NA VIDA ADULTA AO NÍVEL EM FUNÇÃO DA IDADE (CLASSES) NAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAIS.	450
QUADRO 282: ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA DA ATIVIDADE DESPORTIVA NA ADOLESCÊNCIA E NA VIDA ADULTA EM FUNÇÃO DA IDADE (CLASSES) SOBRE AS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL.	452
QUADRO 283: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DA ATIVIDADE FÍSICA NA ADOLESCÊNCIA EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	457
QUADRO 284: COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DA ATIVIDADE DESPORTIVA NA VIDA ADULTA EM FUNÇÃO DAS MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL	457
QUADRO 285: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE - FÍSICA SEGUNDO OS PREDITORES DE ESTILOS DE VIDA NO ÂMBITO DA ADOLESCÊNCIA.	459
QUADRO 286: PERFIS DE ESTADO DE SAÚDE - MENTAL SEGUNDO OS PREDITORES DE ESTILOS DE VIDA NO ÂMBITO DA ADOLESCÊNCIA	461

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADSE	<i>Assistência à Doença a Serviços do Estado</i>
AEE	<i>Análise de Equações Estruturais</i>
AMU	<i>Áreas Mediamente Urbanas</i>
APR	<i>Áreas Predominantemente Rurais</i>
APU	<i>Áreas Predominantemente Urbanas</i>
CEB	<i>Ciclo do Ensino Básico</i>
CMRM	<i>Consumo de medicamentos receitados pelo médico</i>
DGS	<i>Direção Geral de Saúde</i>
DPOC	<i>Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica</i>
EB	<i>Ensino Básico</i>
EV	<i>Estilo de Vida</i>
GEE	<i>Gases de Efeito de Estufa</i>
G-H	<i>Games-Howell</i>
HSD	<i>Honest significance test</i>
HTA	<i>Hipertensão Arterial</i>
IMC	<i>Índice Massa Corporal</i>
INE	<i>Instituto Nacional de Estatística</i>
INS	<i>Inquérito Nacional de Saúde</i>
INSA	<i>Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge</i>
IQV	<i>Índice de Qualidade de Vida</i>
LCS	<i>Locus de Controlo de Saúde</i>
LSD	<i>Least Significant Difference</i>
MESF	<i>Medidas de Estado de Saúde Físicas</i>
MESM	<i>Medidas de Estado de Saúde Mental</i>
MRLMH	<i>Modelos de Regressão Linear Múltipla Hierárquica</i>

MRLMM	<i>Modelo de Regressão Linear Múltipla Multivariado</i>
OMS	<i>Organização Mundial de Saúde</i>
OP	<i>Outros Poderosos</i>
QACS	<i>Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde</i>
QV	<i>Qualidade de Vida</i>
QVG	<i>Qualidade de Vida Geral</i>
QVRS	<i>Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde</i>
SNS	<i>Serviço Nacional de Saúde</i>
T	<i>Tolerância</i>
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>

As sociedades atuais encontram-se em constante transformação (económica, política e social) e expõem o indivíduo, no seu dia-a-dia, a determinantes que podem influenciar o seu bem-estar, a sua saúde e qualidade de vida. Os determinantes responsáveis pela saúde e pela doença são acontecimentos/ eventos identificados e que produzem uma alteração da saúde no âmbito de um quadro clínico definido. Porém, há fatores intrínsecos (biológicos, pessoais, imunológicos e genéticos) que determinam a suscetibilidade de o indivíduo contrair a doença e fatores extrínsecos (ambientais, comportamentais, físicos, hábitos sociais, etc.,) a concorrerem para a promoção da exposição do indivíduo à mesma.

Como objetivo de investigação propusemos identificar e descrever os determinantes de saúde dos habitantes do concelho de Coimbra referentes ao passado e presente e compreender o impacto desses na perceção geral de saúde.

O local de estudo incidiu no concelho de Coimbra. O estudo foi do tipo observacional, analítico transversal. A população de estudo compreendeu os habitantes (residentes) com 35 ou mais anos de idade, de ambos os sexos. Quanto à estratégia de observação esta foi transversal, com esquema de seleção incompleto e a unidade de observação foi do tipo individual. O processo de amostragem estabelecido foi do *tipo não probabilístico* e de *técnica por quotas*. A amostra final ficou constituída por 1.214 pessoas. O estudo teve por base uma metodologia quantitativa com aplicação de um *questionário de saúde* (auto-administrado).

A maioria dos participantes era do sexo *feminino* (60,1%) com uma idade média de 49 anos com uma distribuição semelhante entre sexos (feminino: 48,67±11,87; masculino: 50,29±12,03). Quanto às habilitações literárias, 25,04% tinha *formação superior* e 23,22% com Ensino Secundário completo. A maioria das pessoas era casada/união de facto (74,79%), 87,13% eram católicas e residiam em APU (65%). Quanto à situação ocupacional, 76,61% estava empregue e a maioria tinha *Contrato de trabalho por tempo indeterminado* (87,46%). Ao nível socioeconómico, 46,09% pertencia à “*Classe Média*” e 27,31% “*Classe Média Alta*”.

No âmbito dos *parâmetros antropométricos*, 14,75% dos nossos habitantes eram “*obesos*” e 45,38% com “*excesso de peso*”. A prevalência de *doença crónica* foi de 38,5% dos inquiridos e 70,94% tinha [1-3] *doenças crónicas*. Quanto aos cuidados de saúde, 69,2% eram beneficiários do SNS seguido do subsistema ADSE (23,8%) e também 44,6% consumiram medicamentos com prescrição médica nas duas últimas semanas. A maioria das pessoas já consultou, nos últimos 12 meses, um profissional de saúde oral (66,2%). No que diz respeito aos *cuidados de saúde preventivos*, 72,1% dos inquiridos nunca se “*vacinaram contra a gripe*”, 75,5% indicou controlar a tensão arterial e 57,8% o “*colesterol*”. Quanto aos *estilos de vida*, 20,78% fumava, 95,9%

consumia 3 ou mais refeições/diárias, 43,42% consumiam álcool, 67,2% dormiam entre [7-8] horas/dia e 72,3% eram sedentários. Quanto à percepção geral de saúde, 56,04% classificou-a como “boa” ou “muito boa”.

Avaliamos os preditores exógenos com maior impacto no perfil de saúde dos habitantes do concelho em estudo, no momento presente, e concluímos que as pessoas de idades mais avançadas, do sexo feminino, na condição de viuvez, religiosas praticantes, com baixas habilitações literárias, que residem em APR, proprietárias da sua habitação, desempregadas, reformadas e empregadas mas com vínculos precários apresentaram piores resultados de estado de saúde.

Também a pior condição de saúde percebida foi predita por pessoas que consultaram o médico nos últimos 3 meses, com múltiplas consultas e com acesso a uma só entidade de saúde, que se vacinam contra a gripe, controlam a tensão arterial e o colesterol e que são portadores de doença crónica, com baixos índices de LC “interno”, com maiores riscos de acidente, menores cuidados alimentares e mais insatisfeitas com a vida. Quanto aos estilos de vida preditores de pior QVRS ocorreu em pessoas sedentárias, obesas/excesso de peso, que dormiam menos de 7 horas/dia, com vários anos de consumo de tabaco, ex-consumidores de álcool e com atividade física laboral pesada.

Também procuramos, de forma multivariada, determinar perfis de saúde dos habitantes do concelho de Coimbra com referência aos indicadores de contexto e determinantes de saúde associados ao período da adolescência. Concluímos que as pessoas com baixa participação em atividades de lazer, ativas religiosamente, que ingressaram no mercado de trabalho, e que essa atividade era a tempo integral, com responsabilidades nas várias tarefas domésticas, que abandonaram o ensino mais precocemente e que necessitaram de regressar aos estudos ainda na adolescência revelaram piores resultados de saúde no momento presente na maioria dos índices de QVRS. Quanto aos preditores “estilos de vida” concluímos que menor atividade física, ausência de consumo de tabaco mas consumidores de álcool e com uma frequência de refeições diárias principais <3 apresentaram no momento presente pior QVRS na maioria dos índices.

Em conclusão, urge a necessidade de refletir o alcance dos atuais paradigmas das políticas públicas (promoção da saúde e prevenção de doenças) e das práticas assistenciais no setor da saúde para que estas possam ir ao encontro de novos horizontes de investigação no âmbito da epidemiologia social respeitantes às novas formas de organização das sociedade e como estas determinam a saúde e o bem-estar das populações. A interação de indicadores ainda pouco explorados analiticamente como a velhice, a habitação, a área de residência, as redes sociais, estilos de vida, instabilidade política e económica, poderão ser determinantes para a compreensão dos ciclos de “saúde e de doença” nas populações atuais.

Palavras-Chave: Qualidade Vida Relacionada com a Saúde, Estilos de Vida, Determinantes de Saúde, Doença Crónica, Comportamentos de Saúde, Locus de Controlo de Saúde, Índice de Qualidade de Vida, Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Societies today are undergoing constant transformation (economic, political and social) and every day individuals are exposed to determinants that can influence their well-being, health and quality of life. Health and disease determinants are developments or events that produce health modifications in a specific clinical situation. However, there are intrinsic (biological, personal, immunological and genetic) factors that determine the individual's susceptibility to contracting disease, and extrinsic factors (environmental, behavioural, physical and social habits, among others) that compete to expose the individual to it.

The research objective was to identify and to describe the health determinants of the inhabitants of Coimbra's County related to the past and to the present and to understand their impact on the health general perception.

The research place was the County of Coimbra. The study type was observational, analytic and cross-sectional. The population being analysed was composed by the inhabitants of Coimbra's County, adult with 35 years old or more, both genders and residents in one of the 31 parishes of Coimbra.

Regarding the observation strategy, it was cross-sectional, with non-complete selection plan and the observation unit was individual. The established sampling process was *non-random* with a *quota sampling technique*. The final sample was composed by 1.214 people. The study was based on a quantitative methodology, where the data were collected with a self-administrated health survey.

Most of the participants were female (60,1%) with an age average of 49 years having this parameter a similar result between both genders (women: $48,67 \pm 11,87$; men: $50,29 \pm 12,03$). Regarding the qualifications, 25,04% have an *University degree* and 23,22% finished the High School. Most of the people were married/in De Facto Union (74,79%), 87,13% were catholic and lived in MUA (65%). Analyzing their job activity, 76,61% were employed and most of them had a "*Full Time Contract without finish date*" (87,46%). From the socio-economic point of view, 46,09% belong to the "Middle Class" and 27,31% to the "Upper Middle Class".

Analysing the *anthropometric parameters*, 14,75% of the inhabitants were "*obese*" and 45,38% were "*overweighted*". The presence of *chronic diseases* was estimated in 38,5% of the people and 70,94% had [1-3] chronic diseases. Regarding the health care, 69,2% were users from the SNS followed by the subsystem ADSE (23,8%) and 44,6% consumed drugs without prescription during the last two weeks. Most of the people (66,2%) did one medical appointment for oral health

during the last 12 months before the interview. In what concerns the preventive health care, 72,1% of the people were never “*vaccinated against the flu*”, 75,5% mentioned that they control the *blood pressure control* and 57,8% of the people shown to control the *cholesterol*. Regarding *lifestyles*, 20,78% was smoking, 95,9% consumed 3 or more meals/day, 43,42% consumed alcohol, 67,2% slept between [7-8] hours/day and 72,3% were sedentary. Analyzing the health general perception, 56,04% classified it as “*good*” or “*very good*”.

We evaluated the exogenous predictors with highest impact on the health profile of the researched population, nowadays, and we concluded that older people, female, widow, practicing actively a religion, with low qualifications, living in MRA, owners of their house, unemployed, retired and employed but with precarious contracts presented the worse results of health status.

Moreover, a worse perceived health condition was predicted by people that had a medical appointment during the last 3 months, or several and with access to only one health entity that received the flu’s vaccine, controlled their blood pressure and the cholesterol, and that have a chronic disease, with low indexes of “*internal*” LC, with higher risks of accidents, mess nutrition care and less happy with life. As regards to the lifestyles predictors of worse HRQL, it happened in sedentary people, obese/overweighted, that slept less than 7 hours/day, with several years of smoking practices, former consumers of alcohol and with a heavy work physical activity.

We also researched, on a multivariate way, in order to identify health profiles of the inhabitants of Coimbra’s County with reference to the context indicators and health determinants associated to the adolescence period. We concluded that people with low participation in leisure activities, religiously active, that joined the labour market on a full time basis, with responsibilities on domestic tasks, that left school very early and that needed to return to school in adolescence, showed worse health results nowadays in most of the indexes of HRQL.

Analyzing the “*lifestyle*” predictors we concluded that less physical activity, absence of smoking practice but alcohol consumers and with a daily main meals’ frequency <3 presented currently worse HRQL in most of the indexes.

Summarizing, there is a need to reflect the reach of the current public policies and paradigms (health promotion and prevention of diseases) and the assistance practices on the health sector, so these can meet the new research scenarios on social epidemiology on the field of new ways of social organization and how these new ways impact the health and well-being of the populations. The interaction of indicators still low explored from the analytic point of view, such as old age, housing, residence area, social networks, lifestyles, political and economic instability can be determinants for the understanding of “*health and disease*” cycles on the current populations.

Keywords: Health related quality of life (HRQL); Lifestyles; Health Determinants; Chronic Disease; Health Behaviours; Health Locus of Control; Quality of Life Index; Healthcare

INTRODUÇÃO

A perspetiva atual de saúde está direcionada para a promoção e proteção da saúde dos indivíduos e das populações. Porém, esta concepção atual resultou de diferentes fases evolutivas e que foram desde a compreensão da doença num sentido mais restrito (modelo biomédico) direcionado para a componente física, do desvio à norma, da teoria do gene e que coincidiu com uma ação médica e de intervenção populacional com o controlo e neutralização dos principais fatores responsáveis pelas epidemias (agentes infecciosos, virais e bacteriológicos). Com o pós-guerra (século XX) emergiram novos pilares políticos e sociais que reequacionaram o conceito de saúde para o bem-estar, para a boa-vida e para a satisfação com a vida. A par desta revolução ideológica, política, económica e social nos países desenvolvidos outras preocupações têm vindo a despertar a comunidade científica (Pais Ribeiro 1989; Matos 2004).

O foco de atenção tem-se centrado cada vez mais na emergência de respostas necessárias a dar a nível global perante a transformação dos padrões demográficos e económicos das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento (Bossuyt e Van Oyen 2001; Marmot 2001).

O aumento da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis, o envelhecimento populacional, o aumento da esperança média de vida, a alteração dos padrões de atividade física e alimentares bem como o elevado grau de desigualdades sociais (pobreza, exclusão e suporte social, precariedade laboral, etc.) têm apresentado um elevado impacto na saúde das populações em geral (Breslow e Breslow 2002; Wilkinson e Marmot 2003; Siegrist 2011). Este é um quadro complexo, com resultados cada vez mais preocupantes, onde alterações significativas no padrão de morbimortalidade, nas sociedades modernas, está associada ao declínio das doenças infetocontagiosas relacionadas com a mortalidade e a progressiva ascensão das doenças crónicas com um considerável encargo económico e social, quer para o indivíduo quer para a sociedade em geral, em especial quando as mesmas não são devidamente controladas e que a maior parte dos custos diretos relacionados com o tratamento devido ao agravamento da saúde compromete a produtividade, a qualidade de vida e a própria sobrevivência dos doentes (Belloc 2004; Ferreira e Ferreira 2006; WHO 2013). Para além dos encargos para o doente este necessita de um acompanhamento multidisciplinar permanente, com intervenções prolongadas e contínuas no tempo o que exige também elevados custos para os Sistemas de Saúde em geral associados aos recursos materiais, técnicos e humanos necessários ao tratamento (Hespanhol, Couto *et al.* 2008).

É neste cenário que a Promoção da Saúde desperta maior interesse onde têm como alvo principal os fatores de risco comportamentais designados por comportamentos patogénicos praticados pelos

indivíduos no presente e que se têm transmitido de geração em geração. A ação da promoção da saúde procura por um lado informar a comunidade sobre a redução dos riscos comportamentais para a saúde e por outro promover mudanças sociais e ambientes determinantes para uma melhor saúde populacional. Estas mudanças incluem o desenvolvimento de competências pessoais e sociais bem como a criação de mais envoltimentos facilitadores da saúde responsáveis pela promoção de comportamentos de proteção (Dias, Duque *et al.* 2004; Matos 2004).

O aumento da investigação e do conhecimento sobre a área da saúde permitiu também à comunidade científica compreender a interação de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e ambientais no desenvolvimento de várias condições de doença e saúde nas populações. A interação destes fatores, são hoje, nas suas várias vertentes, aceites como responsáveis pela “*dinâmica dos estados de saúde*” bem como das transformações ou mudanças que determinam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das populações no presente e que terão repercussões no futuro das mesmas (Ferreira e Santana 2003).

Esta redefinição da compreensão da saúde associada a uma vertente epidemiológica comportamental permitiu reconhecer e aceitar o impacto que os estilos de vida, os comportamentos individuais e sociais (risco ou proteção) bem como os fatores ambientais têm para a saúde. Também foi determinante a evolução de novos saberes em saúde, em especial, com o contributo das Ciências Sociais e Comportamentais (relação multi e interdisciplinar) que lançaram novos desafios e perspetivas da compreensão qualidade de vida relacionada com a saúde (Cavalcanti, Gonçalves *et al.* 2010).

Tendo por base a maior complexidade dos estados e acontecimentos relacionados com a saúde na população em geral propusemos a seguinte questão de investigação: Quais os determinantes de saúde do passado e do presente que melhor caracterizam e predizem perfis de estados de saúde subjetiva da população adulta do concelho de Coimbra?

Perante este enunciado interrogativo de investigação desenvolveu-se o estudo de perfil epidemiológico que resultou na elaboração desta tese final de doutoramento.

A tese de doutoramento está dividida em duas partes distintas e visa contribuir para o conhecimento sobre os comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida com impacto na perceção geral de saúde na população adulta do concelho de Coimbra.

A primeira parte da tese identificada como “*Enquadramento Teórico*” divide-se em quatro capítulos principais:

O I Capítulo apresenta uma breve introdução histórica sobre a evolução do conceito de saúde (I e II Paradigma da Saúde). Neste mesmo capítulo é apresentada a definição de saúde e de doença. A vertente negativa e positiva da saúde é explanada de forma resumida bem como a perspetiva de saúde

numa vertente mais subjetiva (popular). Uma breve apresentação sobre a Ciência e o estudo da relação dinâmica da saúde e da doença na sociedade.

O II Capítulo versou sobre *Qualidade de Vida* e sua relação com a saúde e a doença. Neste capítulo realizou-se uma introdução histórica evolutiva ao conceito de Qualidade de Vida. Também ainda neste capítulo foram apresentadas as várias correntes e estudos que ajudaram a conceptualizar o conceito de Qualidade de Vida e sua relação com a vertente de saúde positiva segundo a Organização Mundial de Saúde. Posteriormente foi dado ênfase à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a Qualidade de Vida Relacionada com a Doença.

O III Capítulo versou sobre os *Determinantes de Saúde*. Realizou-se uma breve revisão histórica sobre o estudo dos determinantes de saúde associada à evolução dos diferentes paradigmas (biomédico e biopsicossocial). Neste capítulo também se realizou uma breve conceptualização teórica sobre os conceitos de “risco” e “fator de risco” e posteriormente a identificação e apresentação de Fatores de Risco Intrínsecos e Extrínsecos com impacto na relação da Saúde e da Doença.

Por fim, no último capítulo do “Enquadramento Teórico” (IV Capítulo), é dado enfoque aos Estados e Acontecimentos relacionados com a Saúde das populações. Neste capítulo foi realizado uma breve introdução teórica à corrente da Saúde Comportamental, foram também explanados os conceitos de Comportamentos de Saúde e Comportamentos de Risco bem como o enquadramento científico da vertente da Saúde Comportamental no estudo dos Estilos de Vida saudáveis e prejudiciais à saúde.

A segunda parte da tese identificada como “*Investigação Empírica*” divide-se em três partes principais:

A *Primeira Parte* ficou denominada por “Metodologia de Estudo” onde foi dada referência a aspetos como os objetivos de investigação, local e tipo de estudo, bem como a duração e período de recolha de dados. Também nesta parte foram ainda apresentados os tipos e técnicas de amostragem, a população-alvo, estimação e tamanho da amostra, bem como os métodos preconizados na recolha de dados e ainda as estratégias de análise estatística aplicadas.

A *Segunda Parte* designada por “Análise dos Resultados” dividiu-se em quatro capítulos principais: O 1.º capítulo foi dedicado à descrição dos Indicadores Epidemiológicos referentes à população-alvo em estudo. Realizou-se uma breve caracterização sociobiográfica dos habitantes bem como a descrição do padrão de comportamentos de saúde e de doença, dos hábitos e costumes e estilos de vida. O 2.º capítulo, avaliou o impacto dos indicadores de contexto, de saúde e respetivos estilos de vida (determinantes) na perceção de estado de saúde nos habitantes do concelho de Coimbra na atualidade. O 3.º capítulo versou sobre a estimação de Perfis de Estado de Saúde consoante os Indicadores de Contexto e de Saúde bem como dos Estilos de Vida (Determinantes de saúde) na vida adulta. No 4.º e último capítulo objetivou-se o estudo dos indicadores de contexto e determinantes

de saúde referentes ao período da adolescência e o seu impacto nos perfis de saúde na vida adulta dos habitantes do concelho de Coimbra.

A *Terceira Parte* ficou identificada como “Discussão dos Resultados”. Aqui foram apresentados de forma sumária todos os resultados que foram tratados anteriormente na “Análise de Resultados” e discutidos com a literatura de referência. Ainda nesta Terceira Parte apresentaram-se as limitações do estudo que se encerra com uma breve conclusão.

☞ Parte I – Enquadramento Teórico

CAPÍTULO I

1. PERSPETIVA EVOLUTIVA NA COMPREENSÃO DOS CONCEITOS DE “SAÚDE” E “DOENÇA” NAS POPULAÇÕES

1.1 A I E II REVOLUÇÃO DA SAÚDE

O século XX foi marcado pela implementação de medidas de reforma social sustentadas pelas correntes de pensamento do *Iluminismo* e do *Utilitarismo*. A primeira corrente, com apogeu no século XVIII, defendia segundo *Veenhoven* (1996) que a sociedade enquanto entidade não era mais do que um meio para proporcionar aos cidadãos a satisfação das suas necessidades para uma vida boa, enquanto a segunda corrente de pensamento, já em pleno século XIX, averbava, enquanto máxima, que a sociedade deveria providenciar a melhor felicidade para um maior número de pessoas e que a existência da Humanidade tem como pilar a “vida em si mesmo” e não de subserviência a um “*Deus*” ou “*Rei*” (Galinha e Pais Ribeiro 2005).

As bases teóricas de ambas as correntes de pensamento vieram revolucionar o papel do Estado perante a sociedade com a formação dos “*Estados de Providência*”. Esta revolução de pensamento permitiu, entre outras medidas, classificar como inimigos do bem-estar e da felicidade nas populações a pobreza, a doença e a ignorância. Esta postura permitiu dar prioridade à formação e desenvolvimento de medidas que melhorassem a vida das populações com especial relevo ao nível da literacia, do controlo das epidemias e da erradicação da fome (Galinha e Pais Ribeiro 2005).

A avaliação do impacto destas medidas foi posteriormente traduzido ao ganho monetário, na segurança de rendimentos bem como a igualdade deste indicador nas populações (Galinha e Pais Ribeiro 2005). Esta fase evolutiva também ficara conhecida como uma “*visão materialista*” da saúde.

Com o decorrer dos anos as medidas preconizadas, como o controlo das epidemias, estavam a dar os seus frutos, na diminuição de infeções e outros agravos nas populações, quer ao nível da

morbilidade quer ao nível da mortalidade, e que este sucesso estava associado ao paradigma da saúde identificado como Modelo Biomédico (*I Revolução da Saúde*). O sucesso desta atuação que também ficou conhecida como a “*fase sanitária*” centrava-se no estudo de determinantes das infeções e onde se traçaram estratégias de intervenção preventivas ao nível das populações com o objectivo de reduzir o risco de propagação do “*germe*” através de manipulações do meio ambiente e do contato interpessoal. Este paradigma estava no centro da primeira revolução da saúde e que foi apelidado de “*teoria do germe*”. Esta assumia o princípio de que cada agente infeccioso corresponderia a um determinado germe que era necessário controlar e neutralizar (Matos 2004).

Armstrong (1988) refletiu essas preocupações nos elementos como a água, o ar, os alimentos, os excrementos, etc., como fatores responsáveis por epidemias na própria sociedade (Pais Ribeiro 2004). *Armstrong* (1988) apelidou como fatores responsáveis de doenças epidémicas os “*miasmas*”. Esta corrente teórica a que ficou conhecida por “*Teoria dos Miasmas*” serviu para muitos investigadores identificar/classificar a origem de determinadas infeções na época. A base de sustentação da teoria dos Miasmas indicava que a exposição a determinados fenómenos como a má qualidade do ar em determinadas regiões bem como o apodrecimento de matéria orgânica conduziria as pessoas a adoecerem (Last 1995).

Este era o grande objetivo do paradigma que revolucionou o estudo das enfermidades nas populações associada às doenças infecciosas. Estas foram o flagelo das sociedades no passado que após terem sido controladas os estudos médicos e epidemiológicos centraram-se posteriormente nas “*doenças crónicas da idade madura*”, como a diabetes, doenças do foro cardíaco, neoplasias, etc., (Mausner e Kramer 2007).

Com o sucesso das medidas de saúde implementadas segundo o modelo biomédico ao nível do estudo dos determinantes das infeções, de medidas de rastreio e vacinação emergiu um novo perfil da morbilidade e mortalidade nas populações desenvolvidas (Matos 2004; Cavalcanti, Gonçalves *et al.* 2010). Este estava associado ao aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas (Gaspar, Matos *et al.* 2008; Alexandre, Rezende *et al.* 2009) aos fatores comportamentais individuais, dos grupos e das populações bem como ao aumento da esperança de vida, do crescimento demográfico em determinadas metrópoles consideradas mais industrializadas, e do crescimento económico, associado à degradação do meio ambiente, e que eram comumente considerados como determinantes dos estados de saúde e de doença (Matos 2004).

Como foi referido anteriormente, a necessidade de dar resposta às novas exigências por parte dos estados modernos no controlo das doenças associado a um aumento da eficiência técnica para o diagnóstico das mesmas e a eficácia das intervenções, quer cirúrgicas quer à prescrição de medicamentos, conduziu “*a uma falta de tempo e consequentemente esquecimento da*

fenomenologia humana e sua singularidade, da consciência humana e do papel do doente que pode, só por si, prolongar a doença” (Matos 2004:451).

Surge a necessidade de alterar esta condição e que de certa forma *Périssé* (1985) resumiu em três pontos fundamentais:

- 1) A perspectiva de que “*é melhor prevenir do que remediar*”, isto é, a criação de medidas que deem prioridade à prevenção da ocorrência da doença;
- 2) A assunção de que o estudo de estados de saúde e doença dependem cada vez mais da relação de diversos fatores (determinantes) e que a mesma relação tem que ser observada na forma como o homem e o meio ambiente interagem não esquecendo da ação do comportamento humano nessa mesma relação;
- 3) A atribuição a cada indivíduo de maior responsabilidade na relação entre a saúde e a doença bem como na procura de cuidados de saúde (Pais Ribeiro 1989).

A alteração de paradigma face ao anterior (modelo biomédico) também esteve associado, para além das razões anteriores, o elevado custo e de curas difíceis ao nível das doenças infecciosas, bem como o emergir de novos domínios de estudo como a sinistralidade rodoviária, reações adversas em relação aos medicamentos, doenças do foro psicológico, toxicodependentes, exposição a substâncias químicas ou radiações, etc (Mausner e Kramer 2007).

Também a mudança de paradigma quanto ao bem-estar material (*I Revolução*) esteve associado a uma nova perspectiva que vai para lá da riqueza e dos rendimentos, isto é, um paradigma pós-materialista. Este paradigma assentava, de certa forma, na conceção que o bem-estar, a felicidade e a qualidade de vida estão para lá do bem-estar material, isto é, a condição humana é constituído por algo mais do que a componente material em si. É nesta nova corrente de mudança que a palavra *qualidade de vida* é introduzida e associada à promoção do bem-estar.

Esta orientação da condição humana está associada à *II Revolução da Saúde* na década de 70 (Dias, Duque *et al.* 2004). Esta década fora um marco histórico no desenvolvimento desta segunda revolução, e assentou no *Relatório Richmond* bem como da *Conferência de Alma-Ata* onde sustentaram que o estudo da saúde e a intervenção nesta passou a ser, não apenas ausência de doença, mas também um estado positivo de bem-estar. Por outro lado, a *Carta de Ottawa* também traçou um conjunto de prioridades fundamentais para a saúde e que vão desde a criação de políticas de saúde pública ao desenvolvimento de competências sociais e pessoais bem como de ações comunitárias, ambiente protegido e protetor e uma reorganização de serviços de saúde para os novos desafios nas populações (Matos 2004).

O novo paradigma ficou identificado como o Modelo Biopsicossocial. Grandes contributos para esta nova vertente foram dados por Marc Lalonde e Julius Richmond bem como pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesta fase da história são introduzidos os conceitos de “Promoção da Saúde” e “Estilos de Vida”.

1.2 PERSPETIVAS MÉDICA E POPULAR NA COMPREENSÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA

Ao abordarmos o conceito de “saúde”, enquanto *definição médica* esta pode ser orientada para duas vertentes distintas. A *vertente negativa* em que a saúde era definida em termos de sobrevivência, a negação da enfermidade, a ausência de doença ou não se sentir doente. O que é salientado nesta perspetiva de “não se sentir doente”, não é mais do que ausência de ansiedade, dor, *stress* ou sem anormalidade corporal indicadores de doença. A doença manifestava-se quando um ou mais destes fatores ocorressem, isto é, o indivíduo deixava de ser saudável quando estes eram detetados pelo médico ou outro profissional de saúde (Ferreira 1998).

A *visão negativa da saúde* em que classifica a doença como um fenómeno populacional, leva-nos a classificar os indivíduos como “sãos” ou “doentes”. Apesar de esta classificação poder variar em função das causas da doença, da definição de saúde e doença em cada cultura, era habitual atribuir a condição de “doente” com base em determinados sintomas (Ferreira 1998). Mas a pura descrição de sintomas passa a ser definida como uma classificação de alterações fisiológicas ou anatomopatológicas (Mausner e Kramer 2007). Face ao exposto, a entidade “*doença*”, para que fosse devidamente estudada e compreendida, estaria associada a uma variação ou desequilíbrio, alteração celular, do tecido ou até das funções fisiológicas, do ser humano. Ou seja a doença expressa a transformação do funcionamento das células, funções fisiológicas e mentais que está para além do padrão normal (Stone, R.W. *et al.* 1999).

Na perspetiva de vários autores a doença é estudada segundo quatro níveis principais: ao nível molecular (biologia celular, bioquímica e imunologia); ao nível dos tecidos e órgãos (anatomia patológica); ao nível individual dos doentes (clínica) e por fim, ao nível das populações (Mausner e Bahn 1999; Jekel, Katz *et al.* 2005; Gordis 2011). É ao nível das populações que a investigação epidemiológica (observação, enumeração e determinação da natureza da relação) se centra sobre os diferentes fenómenos responsáveis das doenças nas populações (Stone, R.W. *et al.* 1999).

Esta vertente epidemiológica de classificar a doença surgiu da necessidade de criar um mapa etiológico da mesma com base nas suas manifestações. Esta classificação ficou definida como a *Etiologia e História Natural da Doença* (Bonita, Beaglehole *et al.* 2006; Mausner e Kramer 2007).

A investigação epidemiológica e médica assenta na base de que a doença possui causas definidas, com um caminho evolutivo pré-concebido bem como a produção de determinados resultados

(desfechos) finais (Last 1995; Stone, R.W. *et al.* 1999). Mas, para a compreensão deste ciclo era necessário conhecer a sua “*História Natural*”. Esta conceptualização permitiu avaliar a extensão da doença e compreender como determinadas causas se expressaram na população (Mausner e Kramer 2007; Gordis 2011).

Epidemiologicamente a *história natural da doença* centra-se no percurso e evolução de determinado fenómeno desde a sua origem (formação) até ao fim do seu termo, mas não afetado por nenhum tipo de tratamento (Last 1995; Mausner e Bahn 1999; Jekel, Katz *et al.* 2005). Para a classificação da doença e do estudo do respetivo ciclo evolutivo da mesma podemos dividi-la em diferentes etapas que vai, desde um “*estado de suscetibilidade*”, de “*pré-doença*” ou “*pré-patogénico*” onde ainda não ocorreu um processo patológico no indivíduo apesar da presença de fatores causais promotores de uma condição de doença (Last 1995; Jekel, Katz *et al.* 2005; Mausner e Kramer 2007). Durante esta fase de pré-doença, é dada ênfase a medidas preventivas precoces no sentido de reduzir ou eliminar a exposição a determinados agentes ou fatores considerados de risco - *prevenção primária* (Jekel, Katz *et al.* 2005; Mausner e Kramer 2007).

Pode ocorrer uma segunda fase do ciclo de doença designado de “*doença pré-sintomática*” ou “*período de latência*” isto é quando a mesma ainda não se manifestou apesar de ocorrerem algumas alterações (sinais ou sintomas) estas ainda se encontram longe de um “horizonte clínico” considerado preocupante (Last 1995; Jekel, Katz *et al.* 2005; Mausner and Kramer 2007). Nesta fase evolutiva de sinais/sintomas, habitualmente, é adequado desenvolver-se medidas de rastreios na população e aplicação de tratamento aos indivíduos para que se possa travar a progressão da doença para uma condição clínica - *prevenção secundária* (Jekel, Katz *et al.* 2005). Neste nível de prevenção procura-se detetar a doença tão precocemente de modo a permitir aumentar as probabilidades de um tratamento eficaz ou cura da doença (Greenber, Daniels *et al.* 2005).

Porém, quando a doença está clinicamente presente (diagnosticada) estamos perante um “*estado de doença clínica*” (Mausner and Kramer 2007). A doença instalada pode progredir para um desfecho fatal (morte) ou ser eliminada, reincidir ao longo do tempo ou mesmo desaparecer (Last 1995). Nesta fase de evolução da doença, as intervenções médicas farão controlar, retardar ou até mesmo reverter a progressão da doença – *prevenção terciária* (Jekel, Katz *et al.* 2005). Este nível de prevenção irá procurar controlar a doença ou a resolução através da intervenção médica (tratamento, etc.).

Por fim, no último ciclo da evolução da doença, esta pode desaparecer, parcial ou totalmente, do indivíduo doente. Porém, determinadas doenças podem deixar sequelas futuras para o próprio doente (efeitos residuais de curta ou de longa duração). Este é o “*estadio de incapacidade*” onde retrata as consequências da doença, isto é, quando as limitações poderão dar lugar a uma incapacidade crónica (Mausner and Kramer 2007)(Hespanhol, Couto *et al.* 2008). Os mesmos

autores identificam a condição de “*Incapacidade*” como uma limitação da pessoa na sua atividade individual e coletiva, quer seja como pai de família, chefe de serviço, etc. (Mausner and Kramer 2007)(Hespanhol, Couto *et al.* 2008).

Porém, como referem vários autores esta forma de classificar a doença e como preveni-la em função do estadio da mesma tem demonstrado claras insuficiências perante o conceito atual de saúde que vai mais além do que a ausência de doença. Para além de conservar ou manter o estado de saúde, enquanto objetivos prioritários da medicina preventiva, esta revela uma ausência de sintonia com a visão positiva da saúde (Dias, Duque *et al.* 2004).

Após a definição do conceito de doença e como o conhecimento sobre esta foi realizado segundo a classificação epidemiológica da história natural podemos agora classificar as doenças, de forma sumária, em dois grandes grupos: as *doenças transmissíveis* (infeciosas) e as *doenças crónicas* (não transmissíveis). As primeiras poderão ter um curso acelerado que no ser humano podem resultar na convalescença deste ou na morte durante um intervalo de tempo até 3 meses (Garrat, Schmidt *et al.* 2002; Seidl e Zannon 2004). No entanto, as segundas são definidas como doenças sem cura ou de tratamento prolongado e que acompanham o indivíduo ao longo da sua vida (Júlíusson, Graue *et al.* 2007).

Porém diferentes reflexões foram levantadas quanto à “*definição universal do que era classificado como normal ou anormal e que fossem indicadores de doença*” (Ferreira, 1998:14). Apesar de os indivíduos manifestarem alguns sinais ou desvios que vão para lá da norma e que possam ser classificados como doentes surge, no meio destas reflexões, a decisão de que a saúde deveria incluir a perceção de que o sujeito possui doença quando o mesmo se sentir como tal. Esta orientação de pensamento vai recair na classificação da saúde associada a uma vertente designada como *positiva*, onde a saúde não era mais do que uma força interna, individual de cada ser humano. Uma força orientada para o bem, na procura de um estado de saúde subjetivo ideal. Uma perceção subjetiva de bem-estar que resultava do equilíbrio entre a condição física e mental de cada indivíduo que procura o máximo da sua potencialidade individual (Ferreira 1998; Pais Ribeiro 2007). A vertente positiva da saúde está associada ao segundo paradigma identificado como Modelo Biopsicossocial que procurou centrar a sua ação no combate aos comportamentos considerados de risco por se acreditar que estes eram responsáveis pelas principais causas de mortalidade no século passado (Pais Ribeiro 2007). Este novo modelo agrega uma abordagem mais holística e completa da saúde contrapondo ao modelo biomédico da promoção da saúde (Galinha e Pais Ribeiro 2005). Esta nova vertente da definição de saúde está associada aos novos posicionamentos das ciências sociais e comportamentais que permitiram uma compreensão mais integrada e holística da saúde face à doença segundo o novo modelo biopsicossocial (Dias, Duque *et al.* 2004; Matos 2004).

Este novo paradigma da saúde é visto com uma *vertente positiva* onde a conceção de saúde não é mais do que estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidade ou doença (Pais Ribeiro 2009).

Esta visão da saúde protagonizada pela OMS (1986) e onde foi marcadamente assumida a partir da *Conferência de Alma-Ata* permitiu abrir os horizontes a novos conhecimentos (multidisciplinariedade) para a compreensão dos novos desafios nas sociedades modernas. Os novos desafios estavam associados às seguintes realidades:

- a) A descida da mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida fez com que a doença crónica ganhasse uma maior expressão nas populações;
- b) O despertar da classe política e dos governantes dos países desenvolvidos para assumirem novos compromissos de bem-estar e saúde do cidadão e a necessidade de preparar estruturas adequadas (hospitais, unidades de saúde, etc.) para dar resposta às novas preocupações emergentes;
- c) Os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde vão ao encontro de uma nova forma de ver a saúde, isto é, apostando na prevenção, proteção e promoção da saúde em detrimento de um modelo biomédico;
- d) Associada às melhorias das condições de vida das populações cada cidadão passa a ter uma atitude mais participativa e crítica face à sua saúde (Dias, Duque *et al.* 2004; Matos 2004).

O novo paradigma procurou dar maior importância ao fenómeno “*Saúde*” enquanto pilar de atuação na população e diminuindo a relevância do conceito de “*Doença*”, isto é, o modelo biopsicossocial assume a rejeição de uma ideologia reducionista e dualista na abordagem da compreensão do fenómeno “doença” (modelo biomédico) mas que passasse a integrar para além dos aspetos físicos os aspetos psicológicos e sociais do próprio indivíduo (Dias, Duque *et al.* 2004).

A saúde seria então, segundo a OMS um “*estado de saúde ideal*” que contempla o verdadeiro bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Desta relação dinâmica e multifatorial resulta da capacidade das pessoas responderem a todas as necessidades, aspirações pessoais, desempenho de diferentes papéis quer ao nível familiar, ocupacional e social bem como pela capacidade em responder e lidar com diferentes tipos de tensões ao longo do percurso da vida para atingirem o nível ótimo da sua condição individual bem como o cumprimento das suas obrigações e metas baseadas em normas e expectativas definidas pela sociedade em que estavam integrados (Pais Ribeiro 1989; Last 1995; Ferreira 1998; Seedhouse 2006). A definição de saúde, segundo a OMS, está também orientada para a

responsabilização e iniciativa do próprio sujeito, isto é, uma definição de saúde positiva (Pais Ribeiro 1989; Pais Ribeiro 2009). A definição de saúde é classificada como “...um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa Qualidade de Vida e não o objetivo de vida” (Galinha e Pais Ribeiro 2005:207).

Por outro lado, nesta visão positiva da saúde, a corrente psicológica acrescenta que a saúde também resultaria de uma “força interior” de cada sujeito e que a mesma revelava uma capacidade combativa frente às adversidades ao longo da vida de cada um (Ferreira 1998). Esta corrente teórica assumia como pressuposto que todo o indivíduo era portador de uma “*reserva de energia*” positiva fundamental para fazer face a diferentes problemas e sofrimentos da vida em sociedade bem como na capacidade de influenciar positivamente o meio em que está inserido (Dias, Duque *et al.* 2004; Galinha e Pais Ribeiro 2005).

Também outras correntes emergiram e se associaram à II revolução da saúde e que se suportavam do princípio de que a saúde era classificada numa aceção mais materialista. Esta conceção considerava que a intervenção médica, seja ela cirúrgica, de acompanhamento clínico, de prescrição de tratamentos ou de medicamentos, era vista como um “Bem”, quer quando as pessoas tinham acesso a cuidados de saúde (hospitais, centros de saúde ou postos médicos) quer em forma de investimentos em cuidados privados (clínicas privadas, ginásios) (Ferreira 1998).

Por fim, também esta corrente positiva na definição de saúde estaria alicerçada a um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo para atingir a condição ótima ao nível pessoal. Estes fatores integram tanto as necessidades básicas de sobrevivência (alimentos, abrigo, etc.), à disponibilidade de informação bem como as capacidades para desempenhar papéis distintos em sociedade (Ferreira 1998; Seedhouse 2006).

A mesma corrente positiva assume que a saúde é verdadeiramente um sistema organizado e ao mesmo tempo um *outcome* da interação do homem com o ambiente que o rodeia. Segundo Ford (1990) o ser humano, enquanto sistema, possui funções biológicas, de gestão, de manutenção e excitatórias que só podem ser compreendidas à luz do seu ambiente social e físico (Matos 2004).

Esta nova vertente da saúde não exclui uma *visão mais popular* da mesma. Dá relevo às opiniões subjetivas de saúde das populações. A saúde, nesta perspectiva, é alicerçada em costumes e saberes de várias gerações que não possuem fundamentos médicos. A perceção de saúde subjetiva vai ao encontro das crenças que as populações possuem e de acordo com os contextos sociais, culturais e de hábitos que as moldam.

As perceções populares de saúde dão ênfase à “*integridade da pessoa e a capacidade da mesma em lidar com os problemas de saúde*” ajustada à sua condição social (classe), sexo, raça, etc (Ferreira 1998; Ferreira e Santana 2003). A saúde é afetada, segundo esta corrente, quer por agentes externos onde se inserem as *forças sobrenaturais* que atuam sobre a saúde em função do bem ou do mal que praticam no seu dia-a-dia quer por agentes endógenos e que vão desde

problemas de saúde relacionados com a hereditariedade, malformações à nascença, stress, etc (Ferreira 1998).

Em sùmula, quer a corrente mèdica (vertente positiva e negativa) quer a corrente popular sãõ fundamentais para se compreender o significado de “saúde”.

1.3 A CIÈNCIA E A RELAÇÃO DINÂMICA DA SAÚDE E DA DOENÇA

As sociedades de hoje sofrem mudançãs e transformações onde o indivíduo, no dia-a-dia, estã exposto a determinantes que podem influenciar o seu bem-estar, a sua saúde e *qualidade de vida*. A forma de reduzir o risco de morbidade, co-morbidade e mortalidade é o da promoçãõ da saúde, segundo a *Carta de Ottawa*, investindo na criaçãõ de indicadores para que as populações possam controlar a exposiçãõ a fatores de “risco” e promover um melhor estado de saúde (Hespanhol, Couto *et al.* 2008).

Os determinantes que põem em causa a saúde, e que serãõ referidos posteriormente, nãõ sãõ mais do que, acontecimentos, característicãs ou eventos identificados que sãõ capazes de causar uma alteraçãõ da mesma (Last 1995). As cièncias mèdicas como a medicina, a epidemiologia, a biologia, etc., tẽm prestado um grande contributo, desde os tempos mais remotos atã à atualidade, para o conhecimento de determinadas alterações quer elas sejam físicãs, psicológicãs ou sociais nas populações e que vãõ desde o registo da distribuiçãõ de determinados eventos como a identificaçãõ de determinantes responsãveis pelos estados de saúde e de doençã nas populações atã à colocaçãõ de meios necessãrios à sua prevençãõ da enfermidade ou morte (Last 1995; Stone, R.W. *et al.* 1999; Franco, Villar *et al.* 2003; Jekel, Katz *et al.* 2005; Gordis 2011).

Ao darmos relevãncia às preocupações físicãs, psicológicãs e sociais das sociedades atuais o estudo das mesmas vãõ para lá da mera manifestaçãõ clínicã. O conhecimento mèdico é ele próprio epistemológico quando alarga a sua açãõ para além da mera observaçãõ, do diagnóstico e do tratamento, onde abraça as áreas da psicologia e sociologia que se interligam na compreensãõ das enfermidades que se expressam no dia-a-dia (Last 1995; Stone, R.W. *et al.* 1999). Isto é, hoje observa-se uma multidisciplinariedade de conhecimentos para o mesmo objetivo que nãõ é mais do que o estudo da saúde e da doençã nas populações e do indivíduo em si.

O aumento da investigaçãõ e do conhecimento sobre a área da saúde permitiu compreender a interaçãõ de fatores biológicõs, psicológicõs, comportamentais, sociais e ambientais, associados ao desenvolvimento de váriãs condições de doençã e saúde nas populações. A interaçãõ destes fatores, sãõ hoje, nas suas váriãs vertentes, aceites como responsãveis pela “*dinãmica dos estados de saúde*” bem como as transformações ou mudançãs que influenciam a saúde e bem-estar das populações no presente e que terãõ repercussões no futuro dos mesmos (Stone, R.W. *et al.* 1999).

Só as novas áreas do conhecimento como a Sociologia, Psicologia, Antropologia, Economia da Saúde entre outras têm permitido dar um elevado contributo para uma visão cada vez mais interdisciplinar da saúde (Matos 2004).

Através das várias ciências médicas e da interceção de outros saberes e conhecimentos, que podemos alterar o curso da história da doença permitindo também criar áreas do saber responsáveis na formação, desenvolvimento e avaliação de medidas e políticas de Saúde Pública nos mais diferentes domínios da organização da sociedade bem como para a promoção e proteção da saúde das pessoas e das populações (Bloch e Coutinho 2002; Gordis 2011).

Porém, o estudo da saúde e da doença, quer de forma geral nas populações quer de forma específica ao nível do indivíduo, devem ser definidas enquanto entidades distintas para que possamos compreender a sua condição nas sociedades de hoje. No entanto, essas mesmas entidades revelam uma estreita relação entre si caracterizando e definindo as sociedades atuais.

O estudo da evolução da doença irá permitir aos diferentes profissionais um conhecimento sobre as etapas, os mecanismos e as causas da doença para determinar como e em que momento intervir. O objetivo da intervenção, seja ela preventiva ou terapêutica, é produzir uma alteração favorável na história natural da doença (Mausner e Bahn 1999). Porém, os estudos de prevenção (medidas de saúde pública – testes de campo) e de tratamento (ensaios clínicos) poderão criar medidas capazes de alterar o curso da história da doença, quer evitando novos casos de doença quer diminuindo as manifestações clínicas ou até a incapacidade e morte (Jekel, Katz *et al.* 2005), e poderá “*fornecer os fundamentos para o desenvolvimento de políticas públicas em relação aos problemas ambientais, às questões genéticas, e a outros assuntos relacionados com a prevenção da doença e a promoção da saúde*” (Gordis 2011:3).

2. QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E DOENÇA

2.1 INTRODUÇÃO HISTÓRICA

O termo *Qualidade de Vida* tem sido estudado em vários domínios científicos. Segundo a literatura, o conceito *qualidade de vida* surgira no início do século XX direcionado para as condições de trabalho e os efeitos deste nos trabalhadores. Posteriormente, em meados do mesmo século, esse conceito ganhou maior importância em países desenvolvidos designados por economias do pós-guerra (Kluthcovsky e Takayanagui 2007; Pais Ribeiro 2009).

É neste período que em 1960, no *Relatório Presidencial sobre os Objetivos Nacionais dos EUA*, se deu real importância ao “*bem-estar*” das populações e para isso era necessário os países do pós-guerra desenvolverem estruturas sociais e ambientais adequadas tais como a educação, crescimento económico, saúde e bem-estar (Pais Ribeiro 2007; Pais Ribeiro 2009).

Em 1964, segundo *Bech* (1993), o *Presidente Lyndon Johnston* veio, no entanto, por em evidência que o desenvolvimento dos referidos indicadores sociais e ambientais não deveriam ser medidos enquanto rendimentos auferidos por cada sujeito mas sim em termos de qualidade de vida de cada pessoa. Esta foi a fase de início do estudo de *qualidade de vida* orientado não tanto para bens tangíveis mas mais direcionado para a percepção do sujeito (Ferreira 1998; Ferreira e Santana 2003; Pais Ribeiro 2009).

Nesta linha de orientação o *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento* (1990) indicara que a *qualidade de vida*, na sua aceção assentaria no princípio de que o verdadeiro desenvolvimento e bem-estar das sociedades estava de mãos dadas com a capacidade do homem em usar todas as suas potencialidades quer elas sejam económicas, sociais, culturais e políticas (Pais Ribeiro 2007). O mesmo programa das *Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano* vem acrescer à importância da *qualidade de vida* o sentido de preocupação com o desenvolvimento, quer de um sistema de saúde adequado quer de serviços de cuidados de saúde ajustados às novas realidades em saúde (Kluthcovsky e Takayanagui 2007).

Com o contributo das diferentes entidades anteriormente referidas surge a necessidade de avaliar a *qualidade de vida* das populações. Porém, a mesma agregava uma grande variedade de

indicadores sociais, económicos e ambientais que pudessem ir ao encontro do desenvolvimento humano de cada um dos países (WHOQOL 2004).

Vários foram os trabalhos de natureza exploratória e empírica que surgiram a partir da década de 70. Podemos afirmar que o estudo da *qualidade de vida*, ou também identificado como a *boa qualidade de vida humana*, tornou-se o tema corrente no último quarto de século passado (Pais Ribeiro 2009).

Esses estudos teriam como objetivos desenvolver uma estrutura de indicadores que servissem de guia para a investigação sobre *qualidade de vida* e que fossem, segundo o estudo de Liu (1975), *cit in Pais Ribeiro (2007)*, *suficientemente universais*, isto é, serem generalizáveis a toda a população, de *fácil compreensão* e *suficientemente flexíveis* para poderem envolver múltiplos indicadores comportamentais, hábitos e estilos de vida. Que permitissem uma *fácil adaptação* em diferentes condições socioeconómicas e políticas, e a sua *verificação/validação* no âmbito científico.

Outros investigadores como *Campbell & Rodgers (1976)*, num dos trabalhos de campo intitulado de “*Quality of Life of American People*”, e os trabalhos de *Flanagan (1982)* deram maior ênfase à compreensão das “*experiências vividas*” individuais do que propriamente às condições de vida de cada sujeito (Fleck 2008; Pais Ribeiro 2009). Estes eram os objetivos dos investigadores face às diretivas presidenciais americanas. Alguns destes estudos coincidiram com a procura da perceção individual de bem-estar enquanto outros investigadores procuravam estudar a *qualidade de vida* num sentido mais objetivo, isto é, mensurável (rendimento per capita, condições materiais, etc.) (Fleck 2008).

2.2 A CONCEPTUALIZAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

O estudo da palavra “*boa-vida*” que também é definido como “*bem-estar*” é um aspeto básico da cultura humana. De alguma forma, nas diversas sociedades modernas, esta palavra-chave está inscrita nas constituições dos vários países como é caso da Constituição da República Portuguesa (Pais Ribeiro 2009). Onde consta como uma das tarefas fundamentais do Estado¹, entre várias, “*Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais*”. A “*boa vida*” está efetivamente associada, de forma equivalente, à *qualidade de vida*, ao bem-estar subjetivo, à satisfação com a vida ou à felicidade e que, de certa forma, vai ao encontro da II revolução da saúde como referido anteriormente e que é considerada um objetivo fundamental para as sociedades modernas (Pais Ribeiro 1989; Pais Ribeiro 2004; Pais Ribeiro 2009).

¹ “Princípios Fundamentais, Artigo 9.º - Tarefas fundamentais do Estado.”

Perante este facto, os termos “*bem-estar*” ou “*boa vida*” estão eminentemente associados à construção de uma definição de *qualidade de vida* e que esta não é mais do que, segundo *Mullen, Gold, Belcastro & McDermott*, “*um processo que envolve o prazer de viver, um estilo de vida de responsabilidade e iniciativa pessoal que conduza o indivíduo a viver no seu máximo potencial*” (Pais Ribeiro 1989:19).

Mas a *qualidade de vida* também se tornou um “*conceito popular*” e que é amplamente difundido, quer por especialistas ou por leigos quer por gente culta ou inculta, e que, de certa forma, todos conhecem o que é a *qualidade de vida* apesar da discordância/concordância do conceito. A popularidade do conceito foi, de facto, segundo alguns autores, um dos principais obstáculos à sua discussão (Farquhar 1995; Pais Ribeiro 2009).

A literatura atual apresenta múltiplas definições de *qualidade de vida* e com impactos distintos consoante o contexto em que a mesma é avaliada. Essas definições vão desde a “*sensação de bem-estar*” à “*satisfação com as diferentes áreas da vida*”, com a própria “*funcionalidade*” do indivíduo e ainda a relação entre aquilo que o sujeito deseja ter e as expectativas de o vir a obter (Pais Ribeiro 2009).

Segundo Pais-Ribeiro, a definição de *Qualidade de Vida*, é considerada como entidade vaga e etérea, algo que muitas pessoas falam, mas que ninguém sabe muito bem o que fazer a respeito. Pais-Ribeiro (2004) apresentou um conjunto de definições possíveis:

- i. Qualidade de Vida é um estado mental, físico e bem-estar social completo e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (*Cramer, J.A., 1994*);
- ii. Qualidade de vida individual é a percepção subjectiva de satisfação ou felicidade em vários domínios (*Leidy, NK, Revicki, DA, Genesté, B, 1999*).
- iii. Qualidade de Vida é um sentido pessoal de bem-estar que depende da satisfação ou insatisfação com as diferentes realidades de vida que são importantes para eles/elas (*Ferrans CE, Powers MJ, 1992*).
- iv. Qualidade de Vida é a diferença entre as expectativas de uma pessoa e a sua experiência concreta (*Calman, KC, 1984*).
- v. Qualidade de Vida é a percepção individual da vida integrada num contexto cultural e de sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (*Orley, J, WHOQOL Group, 1994*).

Pais-Ribeiro (2004) concluiu que as diferentes definições incluem conceitos de bem-estar, satisfação, felicidade, expectativas ou funcionalidade. Podemos encontrar todos esses conceitos nas técnicas utilizadas para medir a *qualidade de vida*. Não há uma definição única de qualidade de vida e esta afirmação adequa-se tanto às vivências do dia-a-dia como à investigação.

O estudo da *qualidade de vida* assenta conceptualmente em pressupostos e ideais filosóficos e enquadram o conceito de “*boa vida*” como foi referido anteriormente. Esta era classificada como um fim em si mesmo, isto é, a boa vida está associada à experiência satisfatória, agradável e feliz segundo os desejos de cada pessoa (corrente hedonista), enquanto outros investigadores apontavam para as preferências e desejos pessoais considerados como “*boa vida*” (corrente baseada na preferência e satisfação) e por fim, a boa vida (teorias idealistas) para os homens resultava da conquista de determinados ideais predefinidos em sociedade (Diener e Suh 1997; Pais Ribeiro 2009).

Ao nível da avaliação da *qualidade de vida* Hayry (1999) considerou que a mesma poderia estar também associada a três correntes filosóficas. A *primeira corrente* poderia classificar-se pelo princípio da “*santidade da vida*”, isto é, a vida humana era considerada uma entidade sagrada, em especial no contexto da doença, onde prevaleciam as decisões clínicas não dando relevância ao impacto destas na *qualidade de vida* da pessoa. O prolongamento da vida nas populações é o objetivo em si mas não a prioridade pela *qualidade de vida* nas mesmas. Podemos ainda acrescentar nesta corrente que a vida humana é sagrada e que a medição de *qualidade de vida* poderá ser vista como algo antiético ou secundário para as decisões clínicas

A *segunda corrente filosófica*, também denominada como “*científica*”, estava associada à vertente económica, pois a mesma estava mais direcionada para “*a eficiência, a equidade do sistema, (decisão e gestão) de recursos*”. A *qualidade de vida* deveria ser uma medida objetiva e mensurável para que pudesse ser avaliada (reprodutibilidade) em diferentes contextos/domínios.

A *terceira corrente filosófica* ficou conhecida pela “*autonomia humana*”. A *qualidade de vida* não era mais do que a perceção individual que a pessoa tem sobre a mesma, isto é, a *qualidade de vida* resultava da autodeterminação individual. Este último modelo é proposto por muitos grupos de interesse, como o clero, economistas, políticos, profissionais médicos e até mesmo a indústria farmacêutica (Matos 2004; Pais Ribeiro 2004; Pais Ribeiro 2009).

A par destes princípios os estudos que emergiram no pós-guerra em que foram decisivos alguns trabalhos, como indicados anteriormente, tinham como objetivo identificar um conjunto de indicadores que melhor pudessem expressar a *qualidade de vida* das populações. Esta fora inicialmente classificada, segundo Liu, em duas grandes componentes e que iriam desde uma vertente mais “*subjetiva*” ou “*psicossocial*” e outra mais “*objetiva*” (Galinha e Pais Ribeiro 2005; Pais Ribeiro 2007; Gaspar, Matos *et al.* 2008). A primeira era de difícil medição pois orientava-se para aspetos da vida pouco quantificáveis enquanto a segunda vertente de possível mensuração abrangeria os domínios do social, económico, político e ambiental (Galinha e Pais Ribeiro 2005; Pais Ribeiro 2007). Como referiram os autores anteriores, os vários estudos que emergiram e ocorreram nas últimas décadas do século XX ajudaram a definir os mais diversos indicadores que

estariam associados com a *qualidade de vida*, e que de forma crescente, também integrariam o impacto das doenças nessa mesma *qualidade de vida*.

Campbel & Rodgers (1976), identificaram um conjunto de domínios de *qualidade de vida* que revelaram ser comuns noutros estudos para a definição de indicadores do mesmo construto, tais como: comunidade, educação, vida familiar, amizades, saúde, habitação, casamento, nação, vizinhança, self, padrão de vida e trabalho. Também *Flanagan* (1982) identificou domínios semelhantes tais como conforto material, saúde e segurança pessoal, relações familiares, ter e criar filhos, relações de proximidade com a esposa e parceiro sexual, amizades íntimas, ajudar e encorajar os outros, participação em assuntos de governos locais, aprender, ir à escola, aumentar o conhecimento sobre si próprio e conhecer os seus pontos fortes e limitações, trabalhar em algo que seja interessante, que tenha mérito e que seja recompensador, expressar-se de forma ativa, socializar-se com os outros, ler, ouvir música, ver desporto ou outros entretenimentos, participar em recreação ativa (Pais Ribeiro 2007; Pais Ribeiro 2009).

Vejamos alguns exemplos que também identificam a *qualidade de vida* (Pais-Ribeiro, 2004):

Hyland, M.E. (1992): o autor apresenta duas abordagens para classificar *qualidade de vida*: a 1.^a “*Abordagem Multifacetada*” que consiste na agregação de vários índices de saúde. A 2.^a abordagem “*Método do Processo Causal*” em que *qualidade de vida* é uma sequência causal que resulta de uma interação entre morbilidade e factores psicológicos. O autor afirma que a abordagem convencional da medicina é uma abordagem multifacetada. A *qualidade de vida* é considerada como uma medida de resultado independente dos dados de mortalidade e morbilidade. Em oposição, o método do processo causal, a *qualidade de vida* é afetada por morbilidade e por conseguinte correlacionada com ela. A *qualidade de vida* é afetada por factores psicológicos, o que o autor sugere é que as medidas de *qualidade de vida* devem representar algum tipo de interação causal entre morbilidade e aspetos psicológicos.

Spilker, B. (1990): propõem um modelo em que os aspetos clínicos influenciam os vários domínios da *qualidade de vida* do doente. Este modelo abrange o Tratamento Médico (segurança, eficácia e medidas adicionais), reações adversas devidas ao tratamento, efeitos clínicos benéficos, conveniência e custos. Estes aspetos são compreendidos através de valores, crenças e juízos de valor e o resultado líquido de todos os aspectos do doente traduz-se na sua própria *qualidade de vida*.

Ormel et al., (1997): propõem um modelo para a compreensão de como as consequências da doença afectam *qualidade de vida*. Os sintomas e limitações funcionais

colocam restrições ao indivíduo, atividades e recursos, aumentando assim os seus custos e reduzindo os meios comportamentais para atingir os objetivos o que conduzira a efeitos negativos subsequentes na *qualidade de vida* do próprio indivíduo.

Leventhal & Colman (1997): assumem que as representações dos doentes face a uma doença irá afectar o significado e a importância dos diversos domínios envolvidos na tomada de decisão sobre *qualidade de vida*. Eles propõem um modelo de exibição do processo incluindo a representação da ameaça de doença, de reações afetivas que servem tanto como motivadores e inibidores de pensamentos e ações, dos procedimentos de regras associadas ao pensamento e à acção em que definem, controlam, curam e previnem uma ameaça de doença realçando os factores contextuais na vida das pessoas.

Wilson & Cleary (1995): propõem um modelo que inclui 5 níveis: variáveis biológicas e fisiológicas, sintomas, status funcional, percepção geral de saúde e Qualidade de Vida Geral. Este modelo é mediado pelas características do indivíduo (motivação, valores, preferências) e as características do ambiente (apoio psicológico, social e económico).

Perante os modelos conceptuais bem como os resultados dos estudos anteriores, a *qualidade de vida* veio a agregar as dimensões da avaliação pessoal e global e que vão desde os bens materiais à satisfação em diferentes domínios da vida bem como agregando as necessidades físicas, sociais e psicológicas de cada indivíduo (Jacobson, Samson *et al.* 2002; Hart 2003; Silva, Pais Ribeiro *et al.* 2003). Porém Coelho e Santos (2006) acrescentam as essas dimensões a percepção de saúde, satisfação no trabalho/estudo, perspectivas e oportunidades de um bom salário, emprego, lazer e espiritualidade.

Apesar das múltiplas definições, foi na década de 90 onde diferentes investigadores foram unânimes em afirmar que a *qualidade de vida*, enquanto conceito, é identificada como *Multidimensional*, assumindo também as vertentes *Subjetiva*, *Dinâmica* e com *Dimensões Positivas e Negativas* (Organización Mundial de la Salud 1998; Fleck, Louzada *et al.* 1999; Silva, Pais Ribeiro *et al.* 2003; Seidl e Zannon 2004; WHOQOL 2004; Pereira, Cotta *et al.* 2006; Kluthcovsky e Takayanagui 2007; Gaspar, Matos *et al.* 2008; Pais Ribeiro 2009).

A *qualidade de vida* revela ser “*Multidimensional*” por estabelecer inter-relações entre diferentes domínios que caracterizam o indivíduo – “físico” (onde é relevante a percepção do indivíduo sobre a sua condição física), “psicológico” (tem em consideração a percepção do indivíduo sobre a sua condição afetiva e cognitiva) e “social” (onde a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida é estudada) (Seidl e Zannon 2004; Kluthcovsky e

Takayanagui 2007; Pais Ribeiro 2009; Romero, Ortiz *et al.* 2010) e que abrange um público bastante distinto, quer sejam “*peças, novas ou velhas, de todas as culturas, estatuto socioeconómico ou localização geográfica*” (Gaspar, Matos *et al.*, 2008:96). Os mesmos domínios têm sido objeto de estudo nos mais diversos âmbitos científicos (Seidl e Zannon 2004; Kluthcovsky e Takayanagui 2007; Ramos, Bernardes *et al.* 2013).

A *qualidade de vida* assume uma “*carga subjetiva*” porque dá relevo à percepção que a pessoa tem sobre o seu estado de saúde e sobre aspetos considerados não médicos que se encontram integrados num contexto social, económico e político. Face ao exposto, a *qualidade de vida* está associada às experiências, ao meio, e tudo o que rodeia o ser humano (WHOQOL 2004; Speight, Reaney *et al.* 2009).

A *qualidade de vida* só pode ser avaliada pelo próprio sujeito refletindo os seus sentimentos, as suas experiências de vida e a forma como interpreta o que o rodeia. Nathan (2003) acrescenta que a *qualidade de vida* é ela em si é um constructo muito subjectivo de percepção individual e que pode variar de pessoa para pessoa (Coelho e Santos 2006).

Esta avaliação seria redutora se fosse um agente externo (médico, enfermeiro, etc.) que procurasse captar a referida *qualidade de vida* de cada indivíduo (utente, doente) (Pinto e Pais Ribeiro 2000; Silva, Pais Ribeiro *et al.* 2003; Seidl e Zannon 2004; Gaspar, Matos *et al.* 2008). Também poderemos afirmar que de certa forma esta vertente subjetiva assume ela também uma percepção mais popular de *qualidade de vida*. Esta vertente popular dá ênfase aos sentimentos e emoções de cada sujeito, a forma como estabelece as relações pessoais e sociais ao nível laboral, a influência dos meios e canais de informação, o sistema político, o acesso aos serviços de saúde assim como a relação com as atividades de apoio social, etc., (Gill e Feinstein 1994; Fleck, Louzada *et al.* 1999; Bowling, Gabriel *et al.* 2003; Pereira, Cotta *et al.* 2006).

A *qualidade de vida* assume também um cariz “*dinâmico*”, isto é, que evolui e se adapta aos diferentes contextos da vida em sociedade (Speight, Reaney *et al.* 2009). A presença de “*dimensões positivas*” associa-se à capacidade que a pessoa tem em concretizar os seus objetivos, de realizar as suas tarefas, traduzindo-se numa elevada satisfação, ao contrário das “*dimensões negativas*” onde se associa a doença, a dor, a incapacidade de responder às adversidades que a vida vai apresentando (WHOQOL 2004).

Podemos então concluir, de forma geral, que *qualidade de vida* não é mais do que a percepção pessoal de cada pessoa face à sua posição na sociedade alicerçada numa cultura, sistema de princípios e valores aceites e norteadores da vida em comunidade bem como a forma como define os objetivos, as expectativas, os padrões e preocupações durante o percurso de vida (Pinto e Pais Ribeiro 2000; WHOQOL 2004). Em tom complementar, a *qualidade de vida* acaba por ser um índice de concordância entre a vida real que rodeia o indivíduo e as expectativas criadas por si,

apoiadas pela satisfação dos objetivos e ideais pessoais (Calmeiro e Matos 2004; Pais Ribeiro 2004).

Segundo a OMS (1986) a *qualidade de vida* não é mais do que um processo dinâmico, em que o indivíduo participa, de forma ativa, na gestão da sua vida e saúde, na satisfação das suas necessidades, da capacidade de alcançar a felicidade e a satisfação a par da sua condição física de saúde bem como as suas condições sociais e económicas (Matos 2004; Pais Ribeiro 2004; WHOQOL 2004).

2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E COM A DOENÇA

Como podemos constatar, a *qualidade de vida* não é mais do que um constructo complexo que integra a saúde física, a dimensão psicológica, o grau de independência, as relações sociais, crenças e o meio envolvente e ao mesmo tempo a mesma é definida como um conceito holístico onde convergem as experiências passadas e presentes do próprio indivíduo (Fleck, Louzada *et al.* 1999; WHOQOL 2004; Gaspar, Matos *et al.* 2008). A *qualidade de vida* tem vindo a ser aplicada em diferentes domínios de estudo e que vão desde a área da medicina, saúde pública, sociologia, psicologia, economia até à área política (Gaspar, Matos *et al.* 2008).

54

A partir da metade do século 20, vários estudos têm contribuído para o estudo da saúde de forma mais positiva onde foi enquadrada a perceção de qualidade de vida (Pais Ribeiro 2004).

O desenvolvimento de novos conceitos de saúde bem como a formação de medidas que possam avaliar a mesma veio contribuir e influenciar as medidas de *Qualidade de Vida*. Para isso contribuiu o estudo do *Estado de Alameda*, onde se definiu a Saúde Física em termos de *Nível de Energia, Sintomas, Doenças (crónicas), deficiências, Invalidez e perceção geral de estado de saúde* (Breslow e Breslow 2002).

Segundo o estudo apresentado por *Brook, R., Ware, J. & Davies-Avery, et al.*, (1979), sobre Seguros de Saúde (RAND – *Health Insurance Study*) onde chegaram a ser definidas quatro grandes dimensões de saúde: *Saúde Física, Saúde Mental, Saúde Social e Perceção Geral de Saúde* (Pais Ribeiro 2004).

O estudo da *Medical Outcomes Study* – MOS de *Tarlov, A., Ware, J, et al.*, (1989) onde se realizou uma avaliação dos diferentes estilos de actuação dos médicos na prática e o seu impacto nos resultados de saúde no doente também resultaram 5 categorias de indicadores de saúde física e mental: *Quadro Clínico, Funcionamento Físico e Bem-Estar, Funcionamento Mental e Bem-Estar, Funcionamento Social e Bem-Estar e Perceção Geral de Saúde* (Pais Ribeiro 2004).

Perante estes contributos podemos também sistematizar a Qualidade de Vida em níveis, segundo *Spilker, B.* (1990). O 1.º nível, encontra-se no topo da pirâmide enquanto nível geral, o 2.º nível

(do meio) enquadra-se nos grupos de domínios e por fim, o 3.º nível (a base) que enquadra todos os aspectos relacionados com os Domínios. Ou seja, no topo da pirâmide a avaliação a **nível geral**, em que a Qualidade de Vida pode ser uma questão, tal como: "*Como classificaria a sua total qualidade de vida durante a semana passada?*" Ela pode ser respondida por todos saudáveis ou doentes, e os resultados serem comparados. O **nível dos diferentes domínios** é incluído: o físico, psicológico ou social. Pode ser aplicado a todas as pessoas, como o *SF-36* ou o *WHO-QOL-Bref*, quer sejam doentes ou não. O **terceiro ou mais específico nível** pode incluir os domínios de segundo nível bem como um específico das características da doença. O *QLQ-C30*, uma medida desenvolvida pela Organização Europeia para a investigação e tratamento do cancro (*EORTC*) inclui escalas (um grupo de itens que mede o mesmo construto) e dimensões de itens (manifestar sintomas de doença) (Pais Ribeiro 2004).

Atualmente e de forma genérica o construto *Qualidade de Vida (QV)* pode ser classificado numa vertente mais geral designada por *Qualidade de Vida Geral (QVG)* e também ser classificado como a *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde* e com a *Doença* (Garrat, Schmidt *et al.* 2002; Silva, Pais Ribeiro *et al.* 2003; Ferreira e Ferreira 2006; Kluthcovsky e Takayanagui 2007; Gaspar, Matos *et al.* 2008).

A *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS)* pode ser observada num contexto de "funcionamento", em geral, dos indivíduos (papeis sociais, realização pessoal, etc.), como também avaliada no âmbito de recursos materiais e financeiros que possam coadjuvar os interesses do indivíduo e ainda um terceiro elemento que é a perceção de bem-estar e satisfação com a vida e com tudo o que rodeia o indivíduo como a família, o trabalho, a situação financeira, tipo de habitação (Delhey 2004).

A primeira tende a dar maior ênfase às áreas de vida relacionadas com a saúde e que incluem desde os aspetos físicos, psíquicos e sociais. Esta vertente está de certa maneira em consonância com a definição de *qualidade de vida* segundo a OMS (WHOQOL 2004). Esta classifica-a como uma entidade mais abrangente (geral) e que dá importância à perceção individual de cada pessoa quanto aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações bem como a importância que o mesmo tem de si próprio na vida impregnado de um contexto cultural e sistema de valores (Organización Mundial de la Salud 1998). Esta forma genérica de QV conceptualizada pela OMS permite que a investigação seja orientada para indivíduos saudáveis e que não seja só restrita a amostras de pessoas com diversos tipos de doenças (Seidl e Zannon 2004).

A QVRS procura, como veremos a seguir, compreender como os diferentes domínios da saúde (físico, psicológico e social) podem ser afetados por determinados acontecimentos de vida, quer na população em geral quer em pessoas em que a doença está presente.

No entanto, vários foram os estudos que contribuíram, como referido anteriormente, para definir o conceito de *qualidade de vida* bem como os trabalhos de Liu (1975), Campbel *et al.*, (1976), Flanagan (1982) entre outros, e que demonstraram que a saúde é um dos domínios com elevado peso e importância na compreensão da *qualidade de vida* (Pais Ribeiro 2009).

O interesse pelo conceito de *qualidade de vida* no âmbito da saúde é relativamente recente e está associado, em parte, à definição de novos paradigmas no domínio médico e pela ocorrência de novas políticas e práticas de saúde quer ao nível da saúde pública quer ao nível da promoção da mesma (Pinto e Pais Ribeiro 2000; Bradley e Speight 2002; Gaspar, Matos *et al.* 2008).

A rutura conceptual da ação médica inicialmente orientada por parâmetros tradicionais de avaliação da doença, quer por avaliações epidemiológicas quer por avaliações patofisiológicas (I Revolução da Saúde), deu lugar a uma nova cultura mais abrangente e que é concordata com a definição de saúde segundo a OMS (Pinto e Pais Ribeiro 2000) após a II Guerra Mundial e defendida na *Conferência de Alma-Ata* (1978) em que a saúde como está definida pela OMS não é mais o que um direito humano fundamental (Pais Ribeiro 2009). Os cuidados de saúde passam a ser centrados no doente correspondendo aos desejos, necessidades e preferências do mesmo. Esta vertente foi ao encontro do movimento dos direitos dos doentes em 1960 (Pais Ribeiro 2004).

Para a rutura conceptual e de intervenção anteriormente apresentada estivera também associada a mudança do perfil da morbilidade e mortalidade nas sociedades modernas com o aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas e o controlo destas através do avanço tecnológico especializado e que tem permitido, entre outros fatores, a um aumento da esperança de vida (Gaspar, Matos *et al.* 2008).

A par desta revolução da saúde com a implementação do Modelo Biopsicossocial o conceito de *qualidade de vida* tem vindo a convergir com o conceito de saúde na verdadeira aceção da palavra (Bradley e Speight 2002). Segundo Minayo, no âmbito do campo médico, o construto *qualidade de vida* foi sendo adotado à forma como o conceito de saúde também foi evoluindo (Minayo, Hartz *et al.* 2000). O suporte a esta evolução foi dado pela OMS (1986) quando afirmou a necessidade de avaliar a *qualidade de vida* nas populações, em especial, quando define a “saúde” como um recurso de base na vida diária de cada pessoa e que está associada à pretensão individual de uma boa vida (bem-estar) e uma *boa qualidade de vida* (Gaspar, Matos *et al.* 2008).

Foram estes alguns dos propósitos de definição da *qualidade de vida* que o domínio da saúde foi sendo também parte integrante da primeira (Pais Ribeiro 2004). Porém, vários autores afirmam que a *qualidade de vida* em geral está mais centrada na forma como o indivíduo avalia a sua vida tanto de forma positiva como negativa enquanto que a QVRS reflete como o próprio indivíduo classifica, subjetivamente, a sua condição de saúde. No entanto, a saúde não é mais do que um dos vários domínios da *qualidade de vida* apesar de não serem sinónimos (Bradley e Speight 2002).

Quando abordamos a QVRS estamos a estabelecer como dimensões de análise as componentes Físicas, Psicológicas e Sociais da saúde e que as mesmas dependem das experiências pessoais, crenças, expectativas e percepções individuais (Crosby, Kolotkin *et al.* 2003).

No entanto, esta avaliação da percepção de saúde também pode ser aplicada às doenças, quer do foro físico, social quer do foro mental (Fontaine 2007). Esta é a segunda vertente da QVRS, isto é, encontra-se direcionada para a avaliação dos sintomas de uma doença ou os efeitos de um determinado tratamento podem causar na respetiva qualidade de vida de cada doente. Neste âmbito a QVRS avalia o bem-estar social, emocional e físico dos doentes durante ou após o tratamento bem como o estado de saúde subjetivo do momento e perspetivas futuras (Bowling 1995; Bowling, Gabriel *et al.* 2003; Pais Ribeiro 2009).

O conceito ou ideia de saúde varia de um extremo ao outro, da morte para a felicidade. Se *saúde* e *qualidade de vida* são a mesma coisa, para vários investigadores pode ser a mesma coisa ou não. O conceito de *saúde ou qualidade de vida* também depende do nível de renda, do meio ambiente e falta de liberdade e porque estes aspectos não são importantes em contextos médicos ou para a avaliação do progresso da doença, mas que fazem parte integrante da sua compreensão (Pais Ribeiro 2004). Muitas vezes, medidas fisiológicas são pouco relacionadas com o bem-estar e a capacidade funcional. Os pacientes, no mesmo estágio da doença, variam muito na forma como se sentem.

Por outro lado também a avaliação da QVRS tem estado presente ao nível das práticas médicas assistenciais nos vários domínios dos serviços de saúde (centro de saúde, hospitais, clínicas, etc.). A medição de QVRS dos doentes é tida como um dos indicadores fundamentais para medir o impacto da doença ao nível psicossocial e físico permitindo conhecer melhor como o doente lida com fenómeno e sua adaptação ao mesmo. A compreensão sobre a QVRS de cada doente permite aos profissionais de saúde adequar as suas decisões e condutas terapêuticas (Patrick e Erikson 1993; Pinto e Pais Ribeiro 2000; Silva, Pais Ribeiro *et al.* 2003; Ramos, Bernardes *et al.* 2013).

Também a avaliação da qualidade de vida, em doentes, estende-se aos principais objetivos dos cuidados de saúde, isto é, a avaliação da *qualidade de vida* dos doentes (Patrick e Erikson 1993). Pois, não nos podemos esquecer que as doenças crónicas são hoje um “*problema de saúde major*” nas sociedades modernas atuais (Pinto e Pais Ribeiro 2000).

Como referiu Dixon (2003) os serviços ou entidades de saúde podem também avaliar a qualidade de vida do doente, uma vez que, ao compreender o impacto que a doença tem ao nível físico e psicossocial do doente permitirá um melhor conhecimento deste e da sua adaptação à condição de saúde presente (Ramos, Bernardes *et al.* 2013).

Porém, não podemos deixar de referir que o termo *qualidade de vida* na literatura médica muitas das vezes não tem um único significado e aparece associado a várias terminologias como

“condições de saúde”, “funcionamento social”, “qualidade de vida relacionada com a saúde”, “auto-perceção de saúde” ou “estado subjetivo de saúde”. Estas terminologias procuram avaliar de forma subjetiva, quer a perceção de saúde em geral quer a perceção de saúde de cada doente, procurando avaliar o impacto do estado de saúde sobre a capacidade que o mesmo tem para viver plenamente (Gill e Feinstein 1994; Fleck, Louzada *et al.* 1999; Bradley e Speight 2002; Garrat, Schmidt *et al.* 2002; Pereira, Cotta *et al.* 2006; Vintém 2008; Pais Ribeiro 2009). É neste sentido que se assume que a QVRS revela ser determinante na compreensão dos estados de saúde e de doença, quer em populações saudáveis quer portadoras de alguma enfermidade (Jacobson, Samson *et al.* 2002; Pais Ribeiro 2009).

A transposição da *qualidade de vida* para o âmbito da saúde procurou compreender como determinados estilos de vida, hábitos, costumes, ambientes sociais, políticos e económicos poderiam ter impacto sobre as populações ao nível da sua saúde (Minayo, Hartz *et al.* 2000).

Face ao exposto, a doença é um elemento central no estudo da QVRS, pois, a mesma procura capturar a perceção de saúde do indivíduo quando este é confrontado com a própria doença e como esta passa a ser o seu centro de atenção (Jacobson, Samson *et al.* 2002).

A QVRS reflete tanto a perceção e a reação individual do doente sobre o seu estado de saúde como a vida pessoal, a condição económica e habitacional, o suporte familiar e as relações interpessoais, as crenças e costumes do doente (Gill e Feinstein 1994).

Como vários autores já afirmaram, a relação da saúde e doença não é mais do que um processo *continuum* determinado por fatores (risco e proteção) e condicionantes multifatoriais e que são identificados como os aspetos sociais, culturais, económicos, comportamentos e estilos de vida, hábitos e costumes (Bradley e Speight 2002; Gaspar, Matos *et al.* 2008). Perante esta evidência a procura de melhor QVRS está associada ao novo paradigma de melhorar, quer as práticas assistenciais quer no desenvolvimento de medidas de promoção da saúde e da prevenção da doença (Garrat, Schmidt *et al.* 2002; Jacobson, Samson *et al.* 2002; Silva, Pais Ribeiro *et al.* 2003). Estas perspetivas também podem ser integradas no âmbito das políticas públicas e saúde coletiva onde também a QVRS tem ganho terreno dando maior enfoque a:

- Indicadores de avaliação de eficácia, eficiência e impacto de tratamentos e intervenções.
- Produção de conhecimento e sua divulgação entre diferentes atores sociais (Garrat, Schmidt *et al.* 2002; Gaspar, Matos *et al.* 2008).

É nesta corrente de pensamento que tem crescido a necessidade de avaliação da QVRS associada à forma como se define saúde segundo a OMS. Esta definição centra-se cada vez mais na preocupação em garantir por parte dos profissionais de saúde o valorizar dos aspetos que caracterizam e definem cada doente ao nível físico, psicológico e social (Jacobson, Samson *et al.* 2002).

A orientação positiva da saúde como está contemplada na definição da OMS também assume esta vertente na doença. No final do século XX, vários autores como *Bucher, Guyatt, Cook, Holbrook e McAlister* (1999) propuseram várias *guidelines* para as boas práticas médicas recomendando que a *qualidade de vida* deve ser considerada um *end-point primário* para as intervenções (Pais Ribeiro 2004). As recomendações vão no sentido da tomada de decisões importantes sobre o tratamento a implementar, em que os clínicos se devem basear em dados de investigação que, de uma forma metodologicamente correcta, possam avaliar o impacto da terapia em resultados clinicamente importantes para os doentes (Pais Ribeiro 2009).

Também a QVRS tem sido cada vez mais utilizada no âmbito da saúde coletiva e de políticas públicas no âmbito do controlo e prevenção da doença. A QVRS tem sido utilizada como indicadora de avaliação quer tanto da eficácia, eficiência do tratamento em determinados grupos de doentes como para medir o impacto das medidas no controlo de problemas de saúde (Garrat, Schmidt *et al.* 2002).

Esta nova conceção de QVRS na avaliação do “Estado de Saúde”, segundo Ferreira *et al.*, irá permitir comparações entre grupos distintos nas sociedades seja ao nível da doença (tipo e cronicidade) por espaço geográfico (regiões ou localidades) por classes sociais e económicas e características individuais (Ferreira e Santana 2003). O Estado de Saúde é um elemento fundamental a estar presente na medição de Qualidade de Vida (Coelho e Santos 2006).

No que diz respeito à *Qualidade de Vida no campo da Doença*, também identificada como relacionada com a doença, pode ser definido como a avaliação subjectiva do impacto da doença e o respetivo tratamento ao nível dos domínios físico, psicológico, social e somáticas do funcionamento e bem-estar (Revicki, Osoba *et al.* 2000).

Ormel, J., Linderberg, S., et al., (1997) que afirmam que a percepção de saúde, bem-estar, satisfação com a vida não são directamente proporcionais aos sintomas e limitações funcionais, que por sua vez não são directamente proporcionais às fisiológicas e anormalidades anatómicas. Os efeitos decorrentes das anormalidades biológicas para a *qualidade de vida* são mediados e modificados pelos factores: psicológico, social e cultural (Pais Ribeiro 2004).

CAPÍTULO III

3. DETERMINANTES DE ESTADO DE SAÚDE

3.1 PERSPETIVA INTRODUTÓRIA

Como foi assinalado nos subtítulos anteriores a *qualidade de vida* abrange um conjunto de aspetos físicos, psicológicos e sociais e que têm sido utilizados em inquéritos no âmbito da saúde para melhor compreender como determinados fatores podem interferir com a perceção geral de saúde, o bem-estar e o ritmo de vida das populações (Galinha e Pais Ribeiro 2005).

As diferentes correntes da investigação científica no âmbito médico, na sua maioria, focam a sua atenção na “doença” enquanto fenómeno de incerteza quanto à sua ocorrência no indivíduo e nas populações. Estas apresentam determinadas características biopsicossociais que predispõem para uma condição de risco ou de proteção face a uma variedade de doenças quer elas sejam genéticas ou de exposição a diferentes fatores ambientais (Gordis 2011).

O estudo da etiologia da doença (causa), como foi referido nos capítulos anteriores, está associada a uma constante procura de fatores relevantes (risco) para a saúde das populações. A origem da doença pode estar diretamente relacionada pelo homem para o homem ou por um outro meio como reservatório não humano mas que poderá chegar à população em geral (Mausner e Kramer 2007). Ao identificarmos o foco de origem poderemos reduzir o risco de morbilidade e mortalidade na sociedade e posteriormente criar programas de prevenção que irão reduzir a exposição no futuro a determinados agentes (Gordis 2011).

Esta perspetiva da prevenção e promoção da saúde vai ao encontro da visão de munir as populações de meios, informações e conhecimentos sobre as capacidades das pessoa quer no âmbito genético, quer físico e psíquico e que lhes permitam rentabilizá-las sobre os determinantes de proteção e de risco responsáveis pela sua saúde e assim melhorá-la traduzindo também numa melhor qualidade de vida (Matos 2004).

No entanto, não podemos deixar de acrescentar que o homem é o um hospedeiro e os organismos que o rodeiam interferem, de certa maneira, com a saúde dele. Porém, nesta relação ecológica entre os organismos² assume-se que a condição de doença não pode ser atribuída à ação de um qualquer facto isolado (Mausner e Kramer 2007) ou que a mesma ocorra de forma aleatória (Greenber, Daniels *et al.* 2005). A etiologia da doença, em muitas das situações clínicas, segundo estes autores, revela uma causalidade multifactorial.

O estudo dos determinantes da saúde e da doença remete-nos, de forma retrospectiva, ao século XIX referentes ao meio ambiente enquanto entidade responsável pelo aparecimento das doenças (Last 1995). As preocupações eram refletidas no estudo das principais causas de morte associadas às doenças infecciosas. Volvidos os tempos, a mudança de paradigma quanto à origem da doença, dos determinantes e sua frequência, surgiu a partir dos meados do século XX (Pais Ribeiro 2004). Acresce, de forma relevante, que as pessoas, em geral, têm a mesma probabilidade de adoecer, porém, o risco de este fenómeno ocorrer em qualquer indivíduo é função das suas características quer sejam pessoais quer sejam de origem ambiental (Greenberg, Daniels *et al.* 2005)

A grande mudança de atuação na saúde das populações está associada à redução das doenças infecciosas responsáveis pela morbidade e mortalidade das populações mais desenvolvidas e a transposição para um crescente aumento de doenças do foro crónico e degenerativo (Gaspar, Matos *et al.* 2008). Se outrora era relativamente fácil atribuir as causas de morte à cólera, à febre tifoide, à tuberculose ou causas semelhantes, atualmente, com o aumento da esperança média de vida, é mais provável morrer-se com afeções múltiplas ou situações que afetam vários sistemas orgânicos (Mausner e Kramer 2007).

As pessoas, passam a estar no centro das preocupações de diferentes profissionais de saúde, em especial, para os comportamentos, hábitos de vida e costumes como fatores principais no processo de saúde (Matos 2004; Pais Ribeiro 2004).

A visão multidimensional da saúde das populações veio alargar o campo de atuação quer na vertente física, emocional quer social (Dias, Freitas *et al.* 2007). A razão desta mudança de paradigma também está associada, cada vez mais à insustentabilidade da atribuição de uma única causa de doença ou morte. A doença não é mais do que uma resposta da relação multifatorial de diferentes determinantes quer eles sejam de risco ou de proteção (Mausner e Kramer 2007; Gaspar, Matos *et al.* 2008). Como referido no *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* o estado de saúde depende do património genético da cada indivíduo, do ambiente social, cultural e físico em que vive mas também do desempenho do Sistema de Saúde (Quigley, den Broeder *et al.* 2006; Robalo, Marques *et al.* 2012_b).

² A ecologia pode ser definida como o “estudo das relações dos organismos uns com os outros e com todos os outros componentes do ambiente (Mausner e Banh 1999).

3.2 INTRODUÇÃO AOS CONCEITOS DE RISCO E FATOR DE RISCO

A entidade “*risco*”, de forma geral, refere-se à probabilidade de algum evento indesejado ocorrer na população. Porém, num sentido mais restrito, o conceito de risco é aplicado para descrever a probabilidade de que pessoas expostas a certos fatores considerados de “*risco*” adquirem uma determinada doença ou outro tipo de desfecho (Ramalheira e Cardoso 1995; Bloch e Coutinho 2002).

Nas sociedades desenvolvidas o conceito de “*risco*” tem sido cada vez mais uma das suas preocupações, em especial, no que diz respeito à mortalidade e morbilidade associada a determinantes comportamentais e estilos de vida patogénicos e tecnológicos (Douglas 1990; Ramalheira e Cardoso 1995; Ogden 1999; Hayes 2002).

Quer no âmbito da epidemiologia quer no âmbito da saúde pública o conceito de “*risco*” pode abranger várias características específicas:

- 1) Uma visão do risco como algo *externo e latente* ao próprio indivíduo e que põe em causa a saúde das populações perante fatores como a poluição atmosférica, resíduos nucleares, resíduos tóxicos ou outro tipo de resíduos e que de certa maneira escapam ao controlo do indivíduo;
- 2) As consequências para a saúde com base nos estilos de vida que os indivíduos adotam. Este tipo de risco foi classificado como “*internamente imposto*”;
- 3) O risco para a saúde pode estar associado a *grupos sociais*, em especial quando estes não têm uma acessibilidade satisfatória aos cuidados de saúde. Nesta linha de análise, o risco é percecionada como uma forma de “*desvantagem social*” (Dias, Duque *et al.* 2004; Robalo, Marques *et al.* 2012_b).

No entanto, a ciência definiu “*factor de risco*” como uma ‘entidade’ que resulta do “*comportamento individual ou do estilo de vida, de uma exposição ambiental ou de uma característica herdada...*” (Last 1995: 174). Na identificação de um verdadeiro fator de risco está associado um determinado grau de incerteza (probabilidade) como anteriormente foi referido. Ao trabalharmos com probabilidades de ocorrer ou não de um desfecho, diferentes investigadores passaram a utilizar o termo “*fator de risco*” para a identificação de “*variáveis intrínseca e extrínsecas*” ao ser humano que modificam as probabilidades de um certo evento ocorrer (Greenber, Daniels *et al.* 2005; Bonita, Beaglehole *et al.* 2006; Fletcher, Fletcher *et al.* 2006; Szklo e Nieto 2007).

Os princípios de uma correta classificação de fatores de risco no estudo da relação da saúde e da doença assentam no primeiro pressuposto de que a ocorrência de determinado desfecho esteja associada à presença de um fator causal de forma significativa (Ramalheira e Cardoso 1995). Em segundo lugar que a ocorrência de determinado resultado (*outcome*) esteja fortemente associado a uma prévia exposição à respetiva causa (*fator*). E por fim, como terceiro pressuposto, a relação entre a exposição e a ocorrência de casos com o desfecho de interesse face à frequência de casos com ausência de exposição sejam significativamente diferentes e que esta associação não seja espúria (erros de medição, desenho de estudo, etc.) (Bloch e Coutinho 2002; Kline 2004; Schumacker e Lomax 2004; Woodward 2005; Szklo e Nieto 2007).

Face ao exposto, as características que estão associadas a um maior risco de adoecer são, efetivamente, designados por *fatores de risco*. O estudo destes tem permitido “*predizer*” a ocorrência de doença (evento futuro) como se tem comprovado em inúmeros trabalhos científicos. Esta previsão, no entanto, terá que ser suportada pela informação disponível sobre a enfermidade em estudo e o conhecimento empírico prévio da expressão da doença nas populações que tiveram expostas ao mesmo fator de risco (Ramalheira e Cardoso 1995; Fletcher, Fletcher *et al.* 2006; Szklo e Nieto 2007).

Também podemos considerar que o “*fator de risco*” é de elevada relevância quando o mesmo assume um papel fundamental no processo de “*diagnóstico*” de uma determinada enfermidade ou outro tipo de desfecho. A presença do fator de risco aquando do diagnóstico da doença aumenta a probabilidade da mesma doença estar associada a esse fator (Ramalheira e Cardoso 1995; Fletcher, Fletcher *et al.* 2006).

No entanto, para além de predizer doença ou outro tipo de resultado, o “*fator de risco*” pode não “*causar*”, por si só, o desfecho mas sim associado com outro ou outros fatores que podem provocar a doença/morte. Esta afirmação reflete-se no estudo da relação causal direta e indireta (Jekel, Katz *et al.* 2005; Bonita, Beaglehole *et al.* 2006).

Para além da quantificação da associação (*magnitude*) entre a doença e a presença do fator de risco, também este pode ser usado para melhorar a eficiência de programas de rastreio pela seleção de subgrupos de doentes com maior risco (Fletcher, Fletcher *et al.* 2006). Por fim, a “*eliminação*” do fator de risco (*não exposição*), após comprovada associação entre este e a doença, poderá servir como uma medida “*prevenção*” de doença(s) no futuro (Jekel, Katz *et al.* 2005; Fletcher, Fletcher *et al.* 2006).

Podemos classificar os fatores de risco como *imutáveis* ou *susceptíveis de modificação*. Os fatores como a idade, o sexo, a raça etc., que não se podem alterar, são frequentemente os grandes determinantes do risco. Porém, outros fatores de risco podem ser alterados como por exemplo os hábitos tabágicos, hábitos alimentares, estilo de vida sedentário, etc., que irão permitir melhorar qualidade de vida das populações (Fletcher, Fletcher *et al.* 2006).

Outro elemento determinante no estudo da relação supracitada são os indicadores “tempo” e “espaço” (local) de exposição ao fator, isto é, quando falamos de fatores de risco temos que compreender como os sujeitos poderão estar ou não expostos a determinados eventos ou fatores num determinado local e tempo. O *tempo de exposição* é um elemento fundamental a controlar e a estudar na relação da doença com os sujeitos. A exposição é importante para identificar um possível fator causal que antecede ao desfecho nos indivíduos ou na população. O que teremos ter em atenção é se a exposição ocorreu num único ponto no tempo ou se a mesma decorreu durante vários momentos ao longo da vida (Woodward 2005; Bonita, Beaglehole *et al.* 2006; Fletcher, Fletcher *et al.* 2006; Siegrist 2011).

Riscos grandes, associados a efeitos que ocorrem rapidamente após a exposição num determinado espaço e tempo, são facilmente reconhecidos por qualquer pessoa. Assim, não é difícil ver a relação entre exposição e doença em condições como varicela, queimadura solar ou intoxicação por aspirina, porque essas condições seguem exposições relativamente rápidas, com efeitos óbvios. Mas a maior parte da morbidade³ e da mortalidade é causada por doenças crónicas. Nelas, as relações entre exposição e doença são bem menos óbvias. Muitas doenças têm períodos longos de latência entre a exposição e a permanência em determinados locais ao *fator de risco* e as primeiras manifestações da doença (Bloch e Coutinho 2002; Mausner e Kramer 2007).

3.3 DETERMINANTES DOS ESTADOS DE SAÚDE E DE DOENÇA

Ao definirmos *risco* e *fator de risco*, bem como a exposição ao mesmo (temporalidade) e o local podemos, agora, introduzir os determinantes responsáveis do desenvolvimento da doença nas populações. Podemos considerar, que a compreensão dos determinantes responsáveis pela saúde e doença podem ser divididos em dois grupos distintos: *fatores do hospedeiro* (fatores intrínsecos) e *fatores extrínsecos* ou *ambientais* (fatores económicos, sociais, culturais e comportamentais). Face ao exposto, algumas doenças podem ter uma origem genética, mas a maioria destas doenças resultam da interação de fatores genéticos e ambientais (Bonita, Beaglehole *et al.* 2006; Mausner e Kramer 2007). É nesta relação entre os vários determinantes identificados como biológicos, químicos, físicos, sociais, culturais, económicos, genéticos e comportamentais que caracterizam os estados de saúde e de doença nas populações enquanto dinâmica multidimensional (Bonita, Beaglehole *et al.* 2006).

³ Definido como “...qualquer desvio, subjetivo ou objetivo de um bem-estar físico ou psicológico...” (Last, 1995:133).

Esta relação multifatorial pode ser apresentada de forma simplificada na figura seguinte:

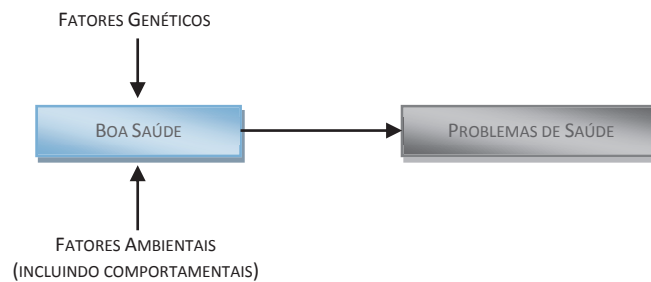


Figura 1: Causas da Doença
Adaptado de: Bonita, Beaglehole et al, 2006

3.3.1 FATORES INTRÍNSECOS

Os fatores do hospedeiro expressam um determinado risco (susceptibilidade) para a ocorrência da doença, isto é, cada indivíduo possui um conjunto de características pessoais que serão responsáveis na defesa e proteção da saúde face à exposição a determinados fatores de risco. Podemos classificar os fatores intrínsecos responsáveis pela doença em cada indivíduo como *fatores biológicos, imunológicos e fatores genéticos* (Jekel, Katz et al. 2005; Bonita, Beaglehole et al. 2006; Quigley, den Broeder et al. 2006; Mausner e Kramer 2007).

66 Os *fatores biológicos* considerados importantes e com impacto na saúde em geral e na QVRS são o sexo, a idade, a condição étnica e/ou raça bem como “*handicaps*” pessoais (originados por deficiência sensorial, física ou mental) (Fleck, Louzada et al. 1999; Ferreira e Santana 2003; Matos 2004; Jekel, Katz et al. 2005; Bonita, Beaglehole et al. 2006).

A “*idade*” dos indivíduos foi sempre considerada como um determinante de extrema importância para o estudo de vários indicadores em epidemiologia, em medicina e outras áreas afins. No âmbito da saúde é uma das características individuais da população para o estudo da variabilidade das taxas de morbidade e mortalidade associada às mais diversas afeções (Mausner e Kramer 2007). Vários estudos têm demonstrado a importância da idade associada também a outras características pessoais que revelam ser importantes na ocorrência de determinados desfechos tais como: a) Determinadas pessoas em idades mais novas, pessoas com mais idade e pessoas com determinadas doenças (debilitadas) estão mais suscetíveis a sofrer de doenças associadas à exposição dos agentes *pneumococcus* e *salmonela*; b) Também determinados grupos de idades como os recém-nascidos e os idosos revelam estar mais sensíveis e de sofrerem de determinadas enfermidades quando têm presente no organismo bactérias como organismos coliformes e *staphylococcus aureus* (Mausner e Kramer 2007).

Para além de determinados desfechos estarem associados a causas infecciosas também nas últimas décadas a expressão das taxas de morbidade e mortalidade têm ganho maior relevo quando as

causas são não infecciosas (doença crónica). O aumento da esperança média de vida tem permitido o aumento de determinadas doenças associadas à longevidade das populações (Mausner e Kramer 2007; Cavalcanti, Gonçalves *et al.* 2010).

No que diz respeito às pessoas idosas estas revelam um aumento crescente nas sociedades atuais quer nos países desenvolvidos quer em desenvolvimento e que de certa forma a OMS apelidou de “*Era do envelhecimento*” devido ao aumento da população mundial (desenvolvimento demográfico) (Silveira, Kac *et al.* 2009; Cavalcanti, Gonçalves *et al.* 2010). O envelhecimento populacional é considerado uma das tendências epidemiológicas dos nossos tempos a par de outras como o sedentarismo, a obesidade, as doenças crónicas degenerativas (Ribeiro, Wanderley *et al.* 2010). Porém, entenda-se o conceito de “*envelhecimento*” como as alterações/mudanças biológicas do organismo e que é distinto do termo “*envelhecimento populacional*”. Este indicador reflete, do ponto de vista demográfico, a alteração da estrutura etária da população mundial (Carvalho, Garcia, 2003 citado por Cavalcanti *et al.*, 2010).

No entanto *Marmot* alerta que este aumento da longevidade não é só um fator que ocorre em países desenvolvidos ou dito “ricos” mas que as estimativas de previsão até 2030 alerta para países em desenvolvimento chegarem aos mesmos padrões de longevidade e que, de certa maneira, irão refletir uma mudança de padrões de doença no futuro destes subgrupos de idades (Marmot 2005).

O aumento da população mundial e o envelhecimento da mesma assume-se com real importância o aumento do conhecimento dos fatores que são responsáveis pela prevalência de diferentes tipos de doenças quer elas sejam crónicas ou não (Silveira, Kac *et al.* 2009).

A alteração da estrutura etária da população mundial está associada, de certa forma, a “mudanças socioeconómicas” que permitiram melhorar as condições de vida da população em geral. Essas alterações estão associadas em avanços na área da saúde, em novas tecnologias e intervenções mais eficazes na deteção da doença e melhores meios para prevenir novos desfechos/enfermidades. Para além destes indicadores, a qualidade de vida das populações também melhorou quando as pessoas passaram a ter melhores condições habitacionais, de higiene e de alimentação (Marques, Arruda *et al.* 2005).

Como destacam *Carvalho et al.*, esta mudança da estrutura etária também designada por transição epidemiológica e demográfica, está relacionada nos países em desenvolvimento e em países desenvolvidos com a queda da taxa de mortalidade e da taxa de natalidade associada aos melhores cuidados de saúde, meios de diagnóstico e de terapêutica, a vacinação, o desenvolvimento tecnológico, às melhores condições habitacionais, bem como a disponibilidade de alimentos (Carvalho e Rodríguez-Wong 2008).

Esta mesma transição epidemiológica também está associada não só aos fatores que anteriormente referimos mas também ao aumento da expectativa de vida, como dos movimentos migratórios nacionais e internacionais (Marques, Arruda *et al.* 2005).

É neste âmbito que estas transformações da estrutura etária que têm vindo a refletir a incidência e a prevalência de doenças que estão associadas a esta longevidade da idade das populações e que passam a ocorrer mais na população adulta e idosa (Silveira, Kac *et al.* 2009; Cavalcanti, Gonçalves *et al.* 2010; Sarturi, Neves *et al.* 2010). As *doenças crónicas não transmissíveis* aumentam a sua prevalência e incidência associadas ao envelhecimento (biológica), não tanto a fatores hereditários mas também a determinados comportamentos e estilos de vida adquiridos/assumidos ao longo da vida (Coelho e Burini 2009).

A “*Idade*” é considerada por várias fontes também um fator determinante na relação com a percepção de estado de saúde. Com o evoluir da idade as pessoas vão perdendo faculdades e ocorrem limitações que irão ter impacto na saúde percebida (Ferreira 1998; Vintém 2008).

Ao nível da QVRS a idade é um elemento marcante. As pessoas com mais idade tendem, de forma geral, a revelar pior QVRS (Ferreira e Santana 2003; Pelegrino, Dantas *et al.* 2011) perante a doença crónica. Também a nível nacional, em especial com os estudos de 1995/96 e 1998/99 pelos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) verificou-se que as pessoas com mais idade a auto-percepção positiva de estado de saúde diminuíra e padrão semelhante também ocorreu no último 4.º INS realizado em 2005/2006 (Vintém 2008).

Quanto ao determinante “*Sexo*” este também tem revelado, desde os tempos mais remotos, ser um indicador a ter em conta para o estudo da frequência de determinadas doenças e morte na população em geral (Ferreira e Santana 2003). A taxa de mortalidade, em geral, é mais elevada no grupo de sexo masculino porém, as taxas de morbilidade têm, segundo a literatura, maior expressão no sexo oposto (Ferreira e Santana 2003; Mausner e Kramer 2007). Segundo estes autores, as taxas mais elevadas de doença nas mulheres comparativamente aos homens está associado à maior procura de cuidados médicos por parte destas, em especial, numa fase mais precoce da doença.

A “*Esperança Média de Vida*” é evolutivamente mais baixa nos homens do que nas mulheres. Este fenómeno está relacionado com as taxas de mortalidade geralmente mais elevadas no grupo masculino apesar que o grupo feminino quanto às doenças são as que se mais se manifestam comparativamente aos homens (Ferreira 1998; Macintyre, Ford *et al.* 1999; Vintém 2008).

A comunidade feminina, independentemente da idade das mesmas, valorizaram sempre mais os estados negativos associados à saúde pela relação com vivenciam a sua experiência corporal, com origem na diferenciação dos papéis sexuais mediante os processos de socialização, nos quais se transmite uma maior importância a dar aos aspectos do corpo e à percepção de sintomas que é manifestamente maior nas mulheres comparativamente aos homens (Cabral, Silva *et al.* 2002).

Também podemos acrescentar que mais do que a gestão do género enquanto diferenciador social e biológico esse tem também explicações de ordem sociocultural.

Segundo *Silva* (1999) citado por *Vintém* (2008) a posição feminina quanto à percepção do seu estado de saúde prende-se com a imagem estereótipo de um ser relativamente frágil comparativamente ao homem e que de certa forma tem consequências na relação de saúde e de doença no grupo feminino. Por outro lado, segundo *Laranjeira* (2004) revela que o homem assume socialmente um estereótipo de superioridade face ao grupo feminino através da ocultação do estado de mal-estar ou de doença (*Vintém* 2008).

Também, ao nível psiquiátrico, segundo *Eaton & Kessler*, (1981) verificou-se que as taxas de depressão eram duas vezes mais elevadas nas mulheres que nos homens. No que diz respeito ao Suicídio são as mulheres que mais tentam o suicídio mas são os homens, em especial os idosos, que mais suicídios se têm concretizado (*Mausner e Kramer* 2007).

De forma mais específica, a percepção geral de saúde subjetiva (*auto-percepção de estado de saúde*) também tem estado mais diminuída quer ao nível físico quer ao nível mental no grupo feminino comparativamente ao sexo masculino (*Ferreira e Santana* 2003; *Pelegrino, Dantas et al.* 2011).

A variável género assume-se como um “*factor explicativo*” e diferenciador quando as pessoas avaliam o seu estado de saúde (*Ferreira* 1998; *Macintyre, Ford et al.* 1999; *Vintém* 2008). As mulheres proporcionalmente apresentam uma auto-apreciação de saúde como “mau” ou “muito mau”. Um estudo realizado na Finlândia onde a percepção de estado de saúde fora diferente entre homens e mulheres e que estas foram as que apresentavam pior estado de saúde quando se associava indicadores sintomáticos e mentais, deficiências e doenças de longa duração. Porém, no mesmo estudo os homens com idades superiores a 50 anos indicaram ter pior estado de saúde (*Ferreira* 1998; *Vintém* 2008).

No que diz respeito à realidade portuguesa desde 1995/96 (70,7%), 1998/99 (74,2%) e 2005/06 (78,8%) de uma forma global a auto-percepção de estado de saúde⁴ tem revelado um ciclo ascendentes e este padrão tende a ser semelhante entre géneros apesar de como anteriormente se referiu os homens avaliam de forma mais positiva a sua saúde (*Vintém* 2008).

Outro determinante intrínseco a ter em análise são os elementos relacionados à condição “*Étnica*” e “*Raça*”. Enquanto características intrínsecas do ser humano também têm sido estudadas para melhor compreenderem o impacto que as mesmas podem ter na expressão da morbilidade e mortalidade das populações. Segundo a literatura, muitas das doenças podem ter uma expressão

⁴ Assumiu-se como uma auto-percepção positiva de saúde quando as pessoas assinalavam as opções: “Muito bom”, “Bom”, “Razoável”.

distinta quer no padrão de ocorrência quer na sua gravidade em função da raça ou etnia (Jekel, Katz *et al.* 2005; Mausner e Kramer 2007).

O tipo de raça e etnia bem como a sua frequência num determinado espaço geográfico (cidade, País) podem ser determinantes para o estudo da saúde e da doença nestas populações ou subpopulações em função das condições socioeconómicas, culturais e de acesso a cuidados de saúde (Bossuyt e Van Oyen 2001; Wilkinson e Marmot 2003; Bonita, Beaglehole *et al.* 2006; Mausner e Kramer 2007).

Segundo vários autores, ser-se negroide acresce um risco substancial de morte associado a doença cardíaca hipertensiva, acidentes vasculares, tuberculose, sífilis, homicídio e acidentes. Ser caucasiano o risco de morte é maior quando estamos perante doenças cardíacas arterioscleróticas, suicídio e leucemia (Mausner e Kramer 2007).

Quanto aos *fatores genéticos* vários autores têm reforçado a importância de determinados fatores de risco herdados (genéticos) que podem predispor a uma determinada condição de doença, ou que a herança genética dos indivíduos possa interagir com a dieta alimentar e com o ambiente como também possam assumir-se como fatores de promoção ou proteção contra várias doenças (Jekel, Katz *et al.* 2005; Fletcher, Fletcher *et al.* 2006).

3.3.2 FATORES EXTRÍNSECOS

Os fatores extrínsecos também definidos como fatores ambientais constituem tanto os elementos básicos que se encontram no ambiente humano (ar, água, alimento, o clima e o espaço geográfico) como também fatores sociais, psicológicos (stress, ansiedade, depressão) e culturais (hábitos, estilos de vida e comportamentais, espirituais, religiosos), físicos (fatores climáticos, ruído, radiação e ergonómicos) e químicos (tabaco, produtos químicos, poeiras, agentes agressivos à pele, aditivos alimentares) que são responsáveis pela saúde física e mental das populações (Jekel, Katz *et al.* 2005; Bonita, Beaglehole *et al.* 2006; Quigley, den Broeder *et al.* 2006; Mausner e Kramer 2007).

A doença ou outro tipo de acontecimento nas populações depende direta ou indiretamente dos fatores ambientais. Estes concorrem para a promoção da exposição do indivíduo à doença, isto é, aumentando a suscetibilidade dos sujeitos a esta. No entanto, é a interação dos fatores intrínsecos e extrínsecos que irá determinar a ocorrência ou não da doença ou outro tipo de desfecho (Quigley, den Broeder *et al.* 2006).

Segundo *Smith, Corvalan e Kjellstrom* (1999) e *Pruess-Ustun e Corvalan* (2006) indicaram que entre 25% a 35% das doenças, que ocorrem nas populações, estão associadas a exposição a fatores ambientais e possuem um elevado impacto na saúde em geral (Bonita, Beaglehole *et al.* 2006).

Os *determinantes sociais* com impacto na saúde são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e os sistemas criados para combater a doença. Estas circunstâncias estão integradas em áreas mais amplas e que são económicas, sociais e políticas (Marmot 2001; Marmot 2005; OMS s.d).

Segundo a *Comissão para o Estudo dos Determinantes Sociais da Saúde* que avaliou e definiu os determinantes sociais que teriam impacto na saúde das populações são: o *gradiente social*, *stress*, *início de vida*, *exclusão social*, *trabalho*, *desemprego*, *suporte social*, *dependência*, *alimentação* e *transporte* (Marmot 2001; Wilkinson e Marmot 2003; Marmot 2005). Também outros determinantes definidos na literatura permitem complementar os indicadores anteriormente referidos e que são as características *demográficas*, *nível socioeconómico*, *estado civil*, *tipo de família*, *habilitações literárias*, *religião*, *condições de habitação* (Bonita, Beaglehole *et al.* 2006; Ramos 2013).

O “*gradiente social*” é um elemento importante no estado da saúde das populações. A “*privação material absoluta*” que vai desde à inacessibilidade aos cuidados de saúde fundamentais e a uma melhor condição socioeconómica (habitação, água potável, maior instrução, etc.) tem elevado impacto no desenvolvimento de doenças quer transmissíveis quer não transmissíveis bem como em elevadas taxas de mortalidade. Este tipo de privação está associado a países mais pobres ao contrário do que acontece nos países mais ricos onde a privação deixa de ser absoluta mas sim relativa. A “*privação relativa*” está associada à organização social e satisfação das necessidades humanas (capacidades) ou designados por recursos espirituais (necessidades físicas e psicossociais) (Marmot 2005).

A existência de um gradiente social em saúde está associado às desigualdades em saúde e que afetam a todos. Quando falamos em “*desigualdades em saúde*” estas compreendem as desigualdades evitáveis, em saúde, entre os grupos populacionais dentro de um país ou entre países. As mesmas resultam das desigualdades sociais, económicas, culturais e políticas dentro da sociedade ou entre sociedades. O “*poder da desigualdade*” interage entre os quatro domínios principais (político, económico, social e cultural), e que se manifesta de forma integrada, incluindo ou excluindo os grupos sociais em diferentes graus (OMS s.d).

A *Comissão para o Estudo dos Determinantes Sociais da Saúde* alerta que as condições sociais e económicas e os seus efeitos na vida das populações determinam o risco de doença associado às desigualdades sociais (Marmot 2005; OMS s.d). Estas desigualdades estão associadas, segundo a Organização Mundial de Saúde a determinados fatores:

- i. A desproporcionalidade e desigualdade de benefícios do crescimento económico a nível mundial têm demonstrado que são os países mais ricos aqueles que mais ganham sobre esses benefícios comparativamente aos países mais pobres.
- ii. Uma inadequada ajuda internacional aos países mais pobres por parte dos países mais ricos.
- iii. O efeito da pobreza associada aos baixos rendimentos das populações que residem em países considerados mais pobres. Onde determinados estratos sociais mais baixos não têm a possibilidade de adquirir bens de consumo básicos para a sua sobrevivência.
- iv. A exclusão social de determinados grupos sociais em ter acesso a recursos e direitos nas sociedades em que estão integrados. O papel da mulher em determinadas sociedades implica a perda ou o não acesso de determinados recursos (sociais, económicos, saúde) que poderão ter impacto ao longo da sua vida (OMS s.d).

Segundo a mesma organização, o ultrapassar destas condições não é mais do que promover a equidade em saúde. Esta depende de cada estado, país e sociedade em agir e tomar decisões quanto à redistribuição dos recursos sociais que atualmente são injustos e altamente hierarquizados e faz com que nem todos tenham o direito a ter acesso a eles (OMS s.d).

72 O *nível Socioeconómico* (Classe Social), é um indicador social que, de forma geral, agrega informações que vão desde os rendimentos e bens materiais às habilitações literárias, atividade profissional, bairro/local de residência, estilos de vida etc., e que são importantes para compreender a influência destes na compreensão da distribuição da ocorrência da doença ou outro tipo de desfecho nas populações (Adler, Boyce *et al.* 1994; Mausner e Bahn 1999; Bossuyt e Van Oyen 2001; Mausner e Kramer 2007).

No entanto, de forma mais lata, o desenvolvimento das sociedades depende do contexto internacional (económico, político e bélico) o que de certa forma as molda ao nível do seu funcionamento. Este dita as regras de organização de cada sociedade a nível interno e que produzem determinadas posições e hierarquias sociais que vão desde os rendimentos, a educação, ocupação, sexo, raça entre outras características. Perante esta malha organizacional o lugar em que cada pessoa “encaixa” nesta hierarquia social terá impacto no seu crescimento, aprendizagem, no percurso da vida bem como no trabalho, no envelhecimento, a vulnerabilidade a problemas de saúde bem como nas consequências da doença (OMS s.d).

No que diz respeito à saúde, o nível socioeconómico está associado a resultados em saúde mas ainda pouco se conhece acerca dos sistemas responsáveis por essa relação tais como as componentes comportamentais e psicossociais. Há evidência de associação entre os níveis socioeconómicos e o estado de saúde das populações apesar de que a maioria dos estudos não

assuma o *nível socioeconómico* como um fator etiológico importante no resultado da saúde. Habitualmente ele serve para ser controlado e não é estudado na sua génese (Adler, Boyce *et al.* 1994; Bossuyt e Van Oyen 2001).

Também o indicador socioeconómico das famílias pode influenciar o risco de morte, quer em crianças quer em adultos. Nos países mais pobres as doenças infecciosas apresentam maior impacto na mortalidade infantil ao contrário dos países mais ricos, onde os adultos morrem mais de doenças crónicas, cardiovasculares, endócrinas, nutricionais, metabólicas, respiratórias, do aparelho digestivo e de causas externas (violência) (Bossuyt e Van Oyen 2001; Marmot 2005).

As *condições socioeconómicas* revelam impacto na saúde ao longo da vida das populações e segundo a Comissão para o estudo dos “*Determinantes Sociais da Saúde*” as pessoas que se encontram integradas na classe social mais baixa de uma sociedade revelam maior risco de morte prematura ou de sofrer doença grave (Bossuyt e Van Oyen 2001; Wilkinson e Marmot 2003). O que de certa forma nos leva a afirmar que o indicador “*pobreza*” define esta condição anteriormente referida porém, o risco de doença ou morte não está confinado a este último indicador mas atravessa toda a estrutura da sociedade e também atinge o tipo de profissões e cargos que cada trabalhador ocupa (Wilkinson e Marmot 2003; Siegrist 2011). A relação da privação absoluta e relativa, apesar de poderem estar associadas a contextos geográficos diferentes, são no entanto, importantes no estudo do gradiente da saúde. Isto é, o gradiente social da saúde percorre toda a classe social desde o nível mais alto até às classes sociais mais baixas e é efetivamente um fenómeno global (Marmot 2005; OMS s.d).

Vários autores tem demonstrado uma relação inversa entre o risco de doença ou morte em função da classe social ou a categoria profissional (Marmot, Davey Smith *et al.* 1991). Segundo os resultados controlados no País de Gales e em Inglaterra (1997-1999), os trabalhadores com posições mais elevadas apresentaram menor risco de morte ou doença comparativamente a trabalhadores de base (Marmot 2005; Siegrist 2011).

Outro estudo desenvolvido, que veio a provar uma relação entre a categoria profissional e o risco de morte, foi realizado durante 10 anos de acompanhamento consecutivos de um conjunto de profissionais (administradores de topo da hierarquia, executivos, administrativos e trabalhadores não qualificados) e obtiveram estimativas de risco de morte muito diferentes entre as diferentes categorias profissionais: verificou-se uma relação negativa entre o risco de morte e a categoria profissional a que cada trabalhador se enquadrava. Segundo os dados ajustados por idade, o risco de morte era significativamente maior entre os executivos face às chefias de topo ($rr = 1,6$) e que o risco aumentava para os administrativos face às chefias ($rr = 2,2$) bem como para os trabalhadores não qualificados ($rr = 2,7$) (Adler, Boyce *et al.* 1994).

Por detrás desta variabilidade de risco estão associados vários fatores, quer ao nível dos bens materiais quer ao nível das características psicossociais na sociedade (Wilkinson e Marmot 2003). É neste contexto que compreendemos que as circunstâncias em que as pessoas vivem e trabalham são tão importantes para o estudo das doenças infecciosas quer das não infecciosas (Marmot 2005; OMS s.d).

Um outro elemento integrado no âmbito do rendimento é a “*distribuição do rendimento do agregado familiar*” como um indicador preponderante na saúde das populações em especial quando determina o acesso a bens e serviços relacionados com o estado de saúde. Para além disso tem impacto na expressão da mortalidade em adultos consoante a condição socioeconómica da família (Ferreira 1998; Marmot 2005; Oyen, Deboosere *et al.* 2010; Siegrist 2011).

Nos últimos anos as classes sociais mais desfavorecidas revelaram ser as que menos posses ou recursos têm para beneficiarem de melhores serviços e cuidados médicos. Bem como tendem também a negligenciar determinados cuidados de saúde preventivos em geral (Marmot 2005; Oyen, Deboosere *et al.* 2010). Esta realidade é determinante quando nestas classes sociais mais pobres, a residirem em meio urbano, com atividades laborais precárias ou na condição de desemprego e carência de habitação, tendem a menosprezar as necessidades de saúde (Bossuyt e Van Oyen 2001; Mausner e Kramer 2007; Siegrist 2011).

74 As pessoas enquadradas em estratos socioeconómicos mais baixos revelam uma maior propensão para a doença e apresentam maiores taxas de mortalidade quando comparadas com indivíduos em melhor situação económica e social (Ferreira 1998; Bossuyt e Van Oyen 2001; Wilkinson e Marmot 2003). Estes autores indicaram também que esses grupos sociais mais baixos têm maior propensão para contrair doenças e piores acessos aos serviços e cuidados de saúde (Adler, Boyce *et al.* 1994).

Por isso, Adler, *et al.*, 1994 afirma que a posição hierárquica pode ter um efeito direto sobre a saúde, bem como efeitos indiretos através de diferenças de status socioeconómicos relacionados com o ambiente físico e social, saúde, comportamento ou personalidade. Em outras palavras, consoante a posição hierárquica (*status socioeconómico*), que o indivíduo tenha, para além das implicações materiais, pode afetar o risco da doença (Adler, Boyce *et al.* 1994).

Vários estudos como os dos autores Antonovsky, 1967, Illsley & Baker, 1991 e Smith & Egger (1992) examinaram os efeitos na saúde em função do nível socioeconómico, a maioria explorou a relação entre a saúde dos indivíduos, quer ao nível inferior da hierarquia socioeconómica, quer com aqueles que se encontravam acima da pobreza, bem como aqueles que estão no topo da hierarquia socioeconómica (Adler, Boyce *et al.* 1994). São óbvios os efeitos da pobreza na saúde em que uma má nutrição, condições de habitabilidade e cuidados de saúde inapropriados podem influenciar a saúde (Marmot 2001; Siegrist 2011).

Também ao nível mental, a condição social (Classe) tem uma relação quanto aos agravos na saúde. Em particular, a doença mental causa muito sofrimento, mas o seu efeito não é claro avaliando os dados de mortalidade (Marmot 2005).

Para além dos fatores anteriormente referidos o risco está mais aumentado em pessoas que podem sofrer de uma doença crónica ou morte prematura e que a mesma possa estar relacionada com a falta de meios materiais, de baixa instrução durante o período da adolescência, atividade profissional pouco qualificada, precária ou perigosa, com condições habitacionais degradantes, a viverem em circunstâncias quer económicas quer sociais stressantes, e que implicam maior desgaste físico e psicológico (Wilkinson e Marmot 2003). São todas estas características que definem o gradiente social e que de certa forma têm impacto na saúde, quer no imediato quer no futuro.

Adler, et. al., levantam um argumento ainda pouco explorado que é a relação entre a situação socioeconómica e as funções biológicas e sua influência no estado de saúde das populações. Segundo os autores, pouco se sabe sobre este argumento porém, parte do problema pode ser o caminho em que o nível socioeconómico é conceptualizado e analisado. Geralmente o status socioeconómico é visto como um todo (efeito principal), operando de forma independente de outras variáveis para prever a saúde. No entanto, a condição socioeconómica deve ser vista à luz da relação com a saúde, apoiada por determinados domínios-chave tais como:

- 1.º O ambiente físico em que se vive e trabalha e a exposição associada a agentes patogénicos, substâncias cancerígenas, e outros perigos ambientais;
- 2.º O ambiente e vulnerabilidade social associada à agressão interpessoal e violência, bem como o grau de acesso aos recursos sociais e suportes;
- 3.º Socialização e experiências que influenciam o desenvolvimento psicológico e humor em curso, afeto e cognição;
- 4.º Comportamentos em Saúde.

Estes domínios-chave apresentam um conjunto de variáveis que poderão concorrer para outro nível socioeconómico e de saúde (Adler, Boyce *et al.* 1994).

Porém, o impacto na saúde, segundo a condição socioeconómica também não depende só exclusivamente da pobreza enquanto condições materiais absolutas (pobreza absoluta) mas também depende do *grau de instrução* das pessoas. O *grau de instrução* tem demonstrado um efeito explicativo sobre a saúde e que é reconhecidamente um indicador útil no estudo sobre a relação entre a saúde e adoença (OMS 1996). O grau de instrução também se associa às normas, hábitos e atitudes que definem as pessoas e que melhor as define enquanto percepção de saúde (OMS 1996).

Vários autores têm constatado uma tendência linear inversa entre o número de problemas de saúde e o grau de instrução. Quando avaliamos a expressão das doenças crónicas a relação anteriormente referida é bastante manifesta com o grau de instrução bem como as primeiras com impacto ao nível socioeconómico das pessoas. Tem-se verificado uma relação negativa entre as taxas de morbilidade e mortalidade e o nível de instrução nas populações (Marmot 2005). Os estudos desenvolvidos por *Kitagawa and Hauser (1973)* *Pappas, Queen, Hadder e Fisher (1993)* encontraram uma relação entre mortalidade e os anos de escolaridade que concluíram que ao maior número de anos de ensino proporcionava um menor rácio de mortes observadas face ao que era expectável (Adler, Boyce *et al.* 1994).

Outros estudos dão ênfase às condições psicológicas e de saúde mental e a sua relação com a condição socioeconómica das populações (Adler, Boyce *et al.* 1994; Oyen, Deboosere *et al.* 2010; Siegrist 2011). A condição clínica de “Depressão” bem como a “Hostilidade” têm estado interligados com a condição socioeconómica dos indivíduos. Vários estudos têm apontado para o aumento da prevalência de depressão major quanto mais baixa é a situação socioprofissional e económica das pessoas. Pessoas com menores rendimentos e menor grau de escolaridade revelaram taxas mais elevadas de sintomas depressivos. Quanto à presença de hostilidade, em que esta não é mais do que a propensão para ter raiva, uma visão cínica de desconfiança em relação aos outros e desenvolvimento de comportamentos antagónicos, tem sido demonstrada a relação com o nível socioeconómico e os risco de doença. Vários estudos têm dado evidência que existe uma relação inversa entre a hostilidade e o grau de ensino, condições socioeconómicas bem como os rendimentos das pessoas (Adler, Boyce *et al.* 1994).

Perante várias evidências apontadas anteriormente podemos acrescentar que o grau de instrução reflete as normas, hábitos e atitudes que definem as pessoas e que melhor as define e caracteriza enquanto percepção de saúde (OMS 1996).

A escolaridade tem um papel importante na distinção entre os indivíduos, pois é um recurso que condiciona a saúde e a respetiva qualidade de vida: pessoas com níveis de escolaridade mais altos aderem melhor a medidas de prevenção da doença e promoção da saúde e corrigem, com maior frequência, os seus hábitos e estilos de vida menos saudáveis (Vintém 2008).

Em Portugal, segundo os resultados que os INS's constataram, as pessoas com graus de ensino mais baixos (< 4º anos de escolaridade) possuíam uma auto-percepção *má* ou *muito má*, apesar de se registar uma mudança positiva neste escalão de ensino: 2005/06 15% possuíam a referida condição mas em 1995/96 a proporção tinha atingido 60% das pessoas (Vintém 2008; INE e INSA 2009). Em relação às restantes categorias de níveis de formação podemos constatar que as categorias *Bom* e *Muito Bom* revelaram ter maior peso, sugerindo que quanto maior for o número de anos de escolaridade, no geral, melhor é a auto-percepção de saúde e esta tendência têm vindo a melhorar desde 1995/96 até 2005/06 (Vintém 2008; INE e INSA 2009).

Ainda neste âmbito quanto à escolaridade, a *realidade portuguesa* tem apresentado uma evolução bastante positiva. A proporção da população que possui ensino superior completo era de 9% e atualmente é de 12%. Esta evolução estendeu-se também aos restantes níveis de ensino, segundo os Censos de 2011: 13% da população possui “Ensino Secundário”, 16% possuía o “3.º Ciclo do Ensino Básico” completo e, de forma semelhante ao ensino secundário 13% com o “2.º Ciclo do Ensino Básico” completo (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Porém, segundo as estatísticas apresentadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) indicam que 25% da população portuguesa apenas completou o 1.º “Ciclo do Ensino Básico” e 19% foram aqueles que não terminaram qualquer nível de ensino. Quando avaliamos a distribuição das habilitações literárias por sexo, são as mulheres que apresentam qualificações mais elevadas comparativamente aos homens. Segundo a mesma fonte (INE) 61% das pessoas licenciadas são do sexo feminino (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Outro determinante importante na relação da saúde e da doença é a “*Situação Profissional*” do indivíduo. Este indicador é um elemento importante na caracterização da sociedade e que deve ser visto como um determinante na saúde dos indivíduos e com uma relação direta nas taxas de morbilidade e mortalidade (Bossuyt e Van Oyen 2001; Marmot 2005; Maudsner e Kramer 2007). Também a influência da profissão na saúde pode passar por determinadas exposições a condições físicas desfavoráveis (calor, frio, variações da pressão atmosférica) substâncias químicas (Sílica, Amianto, Crómio, etc.), barulho, *stress* de origem ocupacional (Maudsner e Kramer 2007; Siegrist 2011).

Determinadas profissões, consoante o contexto físico, clima social e psicológico, podem conduzir a elevados níveis de *stress* e respetivamente a um agravamento da saúde do trabalhador: hipertensão, diabetes, doenças músculo-esqueléticas, diferentes tipos de cancro, etc. (Wilkinson e Marmot 2003; Maudsner e Kramer 2007).

Porém, outras variáveis devem ser tidas em conta enquanto elementos importantes no âmbito laboral e que têm impacto na saúde dos trabalhadores. Variáveis essas como a hierarquia de responsabilidades, estilos e relações sociais e que têm impactos distintos na saúde das diferentes classes de trabalhadores. Vários são os estudos europeus que têm demonstrado uma relação entre o grau de oportunidades permitidas ao trabalhador para demonstrar as suas competências ou uma fraca ou nula participação/autoridade em decisões importantes para o seu setor ou serviço e a relação com o agravar da saúde, quer ao nível físico quer ao nível mental (Wilkinson e Marmot 2003).

O trabalhador que revela ausência ou fraco controlo sobre o seu trabalho está predisposto a um maior risco de determinadas doenças ou lesões tais como a dor lombar, acidentes vasculares cerebrais, transtornos psicológicos e outras doenças do foro mental e que vão repercutir-se em absentismo laboral (Wilkinson e Marmot 2003). Também existe relação entre o tipo de responsabilidades hierárquicas e o respetivo controlo das atividades de trabalho, isto é, um desequilíbrio entre o esforço realizado pelo trabalhador e o tipo de recompensas (desadequação destas) que podem ter impacto na saúde do trabalhador (Wilkinson e Marmot 2003).

No entanto, existem evidências que o *apoio social* em meio laboral pode diminuir o risco de doença nos trabalhadores, ou seja, o ambiente psicossocial do trabalho é um elemento importante também a reter na compreensão do gradiente social em saúde. Esta relevância está associada, em especial, na determinação de fatores de risco responsáveis por determinados estados de doença dependentes ao local e tipo de trabalho realizado pelo indivíduo (Wilkinson e Marmot 2003).

O “*Stress*”, como se referiu anteriormente no âmbito da “*situação profissional*”, resultante de condições ou fenómenos propiciadores do mesmo é revelado pela preocupação de cada pessoa, estados de ansiedade e de incapacidade para lidar com determinados acontecimentos são elementos prejudiciais à saúde contribuindo para a doença e morte prematura (Wilkinson e Marmot 2003). Este padrão psicossocial é mais comum em grupos/estratos sociais mais baixos de países industrializados (Wilkinson e Marmot 2003).

O continuar de estados de ansiedade, insegurança, desenvolvendo atitudes de baixa autoestima, de afastamento e isolamento social, baixo autocontrolo ao nível laboral e familiar são reveladores de risco para a saúde das pessoas no futuro. Esses elementos psicossociais anteriormente referidos que acompanham as pessoas ao longo da vida irão resultar num risco acrescido para problemas de saúde mental e de morte (Wilkinson e Marmot 2003).

Segundo a literatura, as consequências negativas associadas a estes fatores psicossociais podem tornar as pessoas mais vulneráveis a infeções, a sofrer de diabetes, hipertensão arterial, problemas cardíacos, acidente vascular cerebral, depressão e agressividade (Wilkinson e Marmot 2003).

A par do determinante socioeconómico está também o indicador com elevado impacto na saúde das populações que é a “*Exclusão Social*”. Este indicador associado à pobreza sustem elevados efeitos na saúde e na morte prematura e que alguns grupos sociais estão determinados a este risco. Este fenómeno ocorre quer em países pobres quer em países mais ricos na Europa. Os grupos que mais sofrem deste fenómeno de exclusão social estão associados a pessoas desempregadas, algumas minorias étnicas, trabalhadores sazonais ou precários, pessoas com deficiência (física ou mental), sem abrigo, etc. (Wilkinson e Marmot 2003; Oyen, Deboosere *et al.* 2010; Siegrist 2011).

As pessoas que pertencem a estes grupos de excluídos sociais, muitas das vezes, vivem com menos de 60% do rendimento médio nacional, encontram-se numa situação de pobreza relativa onde não têm acesso a uma habitação condigna, a educação, transportes e a outros bens e serviços que lhes permitam participar ativamente na sociedade (Wilkinson e Marmot 2003). Segundo estes autores estes grupos revelam pior estado de saúde e um risco elevado de morte prematura.

A exclusão social também é resultante de *comportamentos racistas*, da *discriminação social e económica*, da *estigmatização* e de *hostilidades sociais*. Estes fenómenos que são bastante conhecidos em vários países impedem que determinados grupos como ex-presidiários, jovens que passaram por casas/lares de correção, ex-doentes psiquiátricos, menos favorecidos assumam uma participação ativa de cidadania e de acesso a serviços e bens da sociedade (Wilkinson e Marmot 2003).

Em especial, a ausência de participação ativa de cidadania põe em causa os direitos civis fundamentais (liberdade de movimento, associação, expressão e direito à justiça), de participação política pela participação e influência de estratégias e decisões institucionais como a assunção dos direitos sociais que incluem o acesso a recursos que permitam um mínimo de bem-estar e segurança e que definem a normalidade social isto é, educação, habitação e cuidados de saúde (Alto Comissariado da Saúde 2010).

Quanto maior é o tempo em que se encontram numa situação de exclusão social e pobreza maior é o risco de sofrerem de diversas enfermidades de recorrer ao divórcio, de incapacidade, doença e isolamento social o que de certa forma acentua o dilema da condição de exclusão social (Wilkinson e Marmot 2003).

Wilkinson & Marmot alertam também para que a pobreza revela efeitos diretos de ser pobre relativamente à saúde, em especial, no que diz respeito aos locais em que vivem/residem. Viver em bairros com elevadas concentrações de privação, quer absoluta quer relativa, com elevado desemprego, em habitações de má qualidade, acesso limitado a serviços e em ambiente de má qualidade podem comprometer indiretamente a saúde das populações (Wilkinson e Marmot 2003).

O determinante social “*desemprego*” é também um indicador de exclusão e marginalização social e que tem relevo no estudo dos determinantes sociais em saúde. O trabalhador que percebe uma condição de segurança no seu emprego revela melhores resultados em saúde, bem-estar e satisfação no trabalho (Wilkinson e Marmot 2003). O contrário desta situação é responsável pelo agravamento da saúde e este impacto é maior quando em determinadas regiões as taxas de desemprego são mais elevadas (Adler, Boyce *et al.* 1994; Bossuyt e Van Oyen 2001; Marmot 2005; Siegrist 2011).

O impacto de uma situação de desemprego, para além de outros fatores presentes como consequências psicológicas e endividamento associado a problemas financeiros, instabilidade familiar e doenças do foro mental está associado a um elevado risco de morte prematura (Wilkinson e Marmot 2003). Esta relação está relacionada com a presença de um ciclo que começa quando as pessoas sentem que o seu emprego está em risco e que esta ameaça de insegurança acarreta alterações psicossociais graves como níveis mais elevados de ansiedade, impacto na saúde mental dos trabalhadores, problemas cardíacos etc (Wilkinson e Marmot 2003; Marmot 2005).

Está provado que níveis elevados de “insatisfação laboral” ou de “manifestação de insegurança” no trabalho podem ser tão prejudiciais à saúde como estar numa condição de desempregado (Adler, Boyce *et al.* 1994; Wilkinson e Marmot 2003).

Vários autores afirmam que a qualidade do trabalho é também um bom preditor de melhor saúde física e mental do trabalhador. A mudança do tecido empresarial associado às alterações dos mercados de trabalho e consecutivamente alteração das economias dos vários países desenvolvidos e industrializados têm demonstrado elevado impacto no sentimento de insegurança laboral associado a maior stress na vida profissional e familiar (Wilkinson e Marmot 2003), o que de certa forma também tem ocorrido nos últimos anos associado a países em que as suas dívidas soberanas sofreram intervenções externas limitando recursos, bens e serviços pondo em causa a saúde e o bem-estar das populações.

No estudo de *Hammarstrom* (1994) em trabalhadores que tinham sido despedidos, estes revelaram um maior consumo de tabaco, álcool e drogas bem como obesidade e internamentos hospitalares (Straub e Costa 2005; Júnior 2009).

O *desemprego em Portugal*, segundo os últimos anos, não foge à tendência da realidade europeia onde este indicador se tem apresentado de forma crescente. Segundo o INE, em 2011 entre o 1.º e o 4.º trimestre a taxa de desemprego passara de 12,4% para 14% da população ativa (Robalo, Marques *et al.* 2012a).

Esta reflexão permite fazer a ponte para outro indicador social importante para a saúde dos habitantes que é o “*Grau de Integração*” que os indivíduos têm na sua comunidade. Segundo *Mausner et al.*, o grau de integração possui uma relação vital com a saúde dos indivíduos (Mausner e Kramer 2007). Uma boa integração social permite que os indivíduos não sejam excluídos de participar enquanto cidadãos na sua comunidade de forma ativa. Ao contrário dos efeitos associados à exclusão social, um elevado grau de integração previne o risco de isolamento, inadaptação ou alienação social e consequentemente a ocorrência de doença (Marmot 2005; Mausner e Kramer 2007). Mas para que se observe uma plena integração das pessoas na comunidade devemos também ter em conta o “*Ambiente Social*” em que as pessoas estão

integradas. Este tipo de fator tem em conta a organização económico e política da sociedade bem como as instituições que dão suporte e apoio nas diferentes fases da vida das populações (escolas, hospitais, serviços públicos, etc.)(Marmot 2005; Speight, Reaney *et al.* 2009).

Consoante a organização de um país quanto à sua dimensão socioeconómica e política, esta pode estar associada a um maior ou menor desenvolvimento técnico da assistência médica (unidades de saúde, tecnologia disponível para o diagnóstico e de intervenção médica, etc.), investigação biomédica, mas também na regulação (normas, leis, etc.) que possam acompanhar e controlar os fatores ambientais da saúde e que são eles a poluição, habitação, segurança no trabalho, etc. e o grau de aplicação das normas (Jekel, Katz *et al.* 2005; Matusner e Kramer 2007).

Outro determinante com elevado impacto social na saúde das populações tem a ver com o “*Apoio Social*”. Um baixo apoio social, isto é, más relações sociais e consecutivamente fracas redes de suporte social estão relacionadas com um agravamento da saúde em geral (trabalho, família, comunidade) (Wilkinson e Marmot 2003). Quando estamos perante um bom *suporte social*, este permite às pessoas adquirir um conjunto de recursos emocionais e sociais necessários para melhor responderem às dificuldades que podem estar expostas durante o seu ciclo de vida. Boas relações sociais podem ser empreendedoras de comportamentos mais saudáveis, de se sentirem estimadas, amadas e valorizadas o que condiciona positivamente a saúde em geral (Marmot, Davey Smith *et al.* 1991; Bossuyt e Van Oyen 2001; Marmot 2005). Por outro lado, o *isolamento* e a *exclusão social*, como vimos anteriormente, estão associados ao aumento das taxas de morte prematura e menor probabilidade de sobrevivência após um ataque cardíaco (Wilkinson e Marmot 2003).

Nesse sentido, um menor apoio social e emocional é revelador de menor bem-estar, mais depressão, de complicações na gravidez e níveis mais elevados de incapacidade por doenças crónicas (Wilkinson e Marmot 2003). A pobreza pode contribuir para a exclusão social e o isolamento. A desigualdade económica e social é corrosiva das boas relações sociais, isto é, põe em causa a “*coesão social*”. As sociedades com elevados níveis de desigualdade social e económica revelam menor coesão social e um aumento do nível de crimes violentos (Bossuyt e Van Oyen 2001; Wilkinson e Marmot 2003).

Outro determinante social de elevado relevo, prende-se com a “*idade jovem*” e como esta é importante no futuro da saúde das populações. Os mesmos autores indicam que é importante reter a fase intrauterina da vida, isto é, que o risco para a saúde no futuro passa pela forma como durante a gravidez a criança está a ser exposta a elementos nocivos ao bom desenvolvimento da vida. Em famílias mais carenciadas, o período de gravidez, pode estar associado a um menor desenvolvimento fetal devido a desequilíbrios nutricionais, consumo de tabaco ou álcool ou outro tipo de drogas, ausência de exercício físico ou vigilância inadequada ao nível pré-natal (Wilkinson e Marmot 2003).

A preocupação também é dada ao nível da infância até à vida adulta quanto à educação dada durante esse período de vida, do desenvolvimento emocional e social. As crianças com baixo desenvolvimento cognitivo, emocional, físico e social têm um risco significativo e aumentado de problemas de saúde, quer físicos quer mentais na vida adulta (Wilkinson e Marmot 2003).

O determinante “*Estado Civil*”, como a idade e o sexo, é uma característica individual que tem sido controlada nos últimos anos como um fator também importante para compreender as taxas de morbidade e mortalidades entre os sexos. O evento “morte” tem maior expressão em pessoas que se encontram divorciados/separados ou sozinhos (viúvos) comparativamente aos que vivem numa condição marital ou que sejam solteiros. As pessoas casadas/união de facto revelam maior suporte social, físico, psicológico e económico que lhes permitem proteger ou dar melhor resposta às adversidades (exposição a fatores de risco) do dia-a-dia ou ciclo de vida face aos solteiros, viúvos e divorciados (Mausner e Kramer 2007; Pelegrino, Dantas *et al.* 2011).

As características das famílias (*Tipo de Família*) são bons indicadores de estudo para a compreensão dos efeitos na saúde, doença ou outro tipo de desfecho. Caracterizar a família quanto ao agregado, n.º de elementos, casamentos, divórcios, idades dos progenitores, datas de nascimentos, religião de origem do pai e mãe ou classe social podem ajudar a compreender como determinados fenómenos de morbidade ou mortalidade se expressam na sociedade (Marmot 2005; Mausner e Kramer 2007; Pelegrino, Dantas *et al.* 2011; Siegrist 2011).

Também podemos falar de *determinantes ambientais* que estão relacionados com o meio envolvente das populações como o território físico, a organização dos espaços, a qualidade do ar, e da água bem como a gestão dos resíduos e as condições de habitação são elementos-chave que interferem com o estado de saúde das populações (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

A resistência a doenças do foro infeccioso está dependente da “*imunidade específica*” de cada pessoa. Esta classifica-se como “*um estado da alteração da resposta a substâncias específicas adquirido através da imunização ou infeção natural*” (Mausner & Kramer, 2007:50). Esta exposição a fatores extrínsecos (ambientais) pode também ser de natureza *Biológica, Social, Física, Económica e Cultural* (Last 1995; Jekel, Katz *et al.* 2005; Mausner e Kramer 2007).

Quando abordamos os *factores (agentes) biológicos* centramos a nossa atenção sobre determinados alérgenos, agentes infecciosos (*bactérias, vírus*), e em algumas situações, até mesmo vacinas, antibióticos e alimentos (ex: uma alimentação rica em gordura) (Jekel, Katz *et al.* 2005).

No âmbito dos determinantes ambientais *Smith, Corvalan e Kjellstrom* (1999) e *Pruess-Ustun e Corvalan* (2006) apontam que a origem das doenças está associada à água não potável, ausência ou fracas condições de saneamento, poluição do ar interior das habitações bem como do ar

exterior associado quer à utilização da energia de biomassa para cozinhar e aquecer até à poluição automóvel e geração de energia elétrica (Bonita, Beaglehole *et al.* 2006).

Apesar de os estudos epidemiológicos sobre o impacto dos fatores ambientais na saúde em geral das populações serem avaliados de forma isolada não podemos deixar de afirmar, segundo Bonita *et al.*, que esses mesmos fatores dependem da ocorrência de outros fatores também ambientais. A doença, como já fora referido anteriormente, expressa cada vez mais uma resposta multicausal e podemos estabelecer uma hierarquia onde esses mesmos fatores podem ser mais precipitantes (efeitos imediatos) e outros considerados fatores indiretos mas que são responsáveis pelos efeitos na saúde das populações.

Como referiu Bonita, *et al.*, o consumo de tabaco tem uma relação causal bastante próxima da ocorrência de cancro do pulmão enquanto que baixos níveis socioeconómicos revelam uma associação com o consumo de tabaco mas indiretamente com cancro do pulmão. O gráfico seguinte permite visualizar relações causais diretas e indiretas e os eventuais efeitos na saúde associado aos meios de transporte (Bonita, Beaglehole *et al.* 2006).

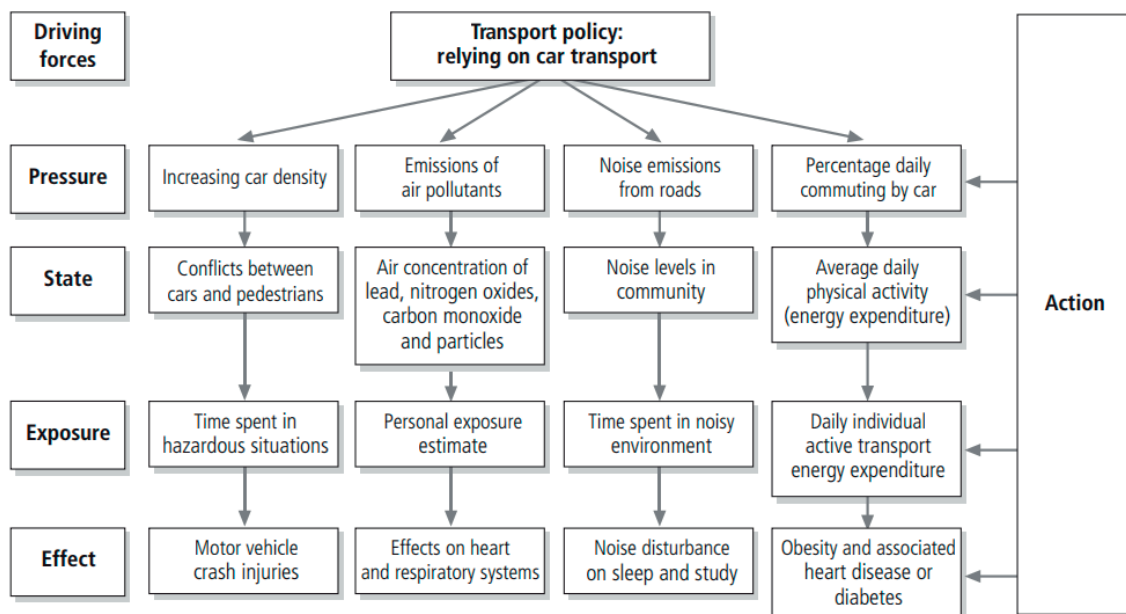


Gráfico 1: Estrutura multi-níveis de determinantes de risco, relações de causalidade, e medidas de prevenção. Fonte: Bonita, Beaglehole *et al.*, (2006) cit in Kjellstrom T, van Kerckhoff L, Bammer G, McMichael T (2003).

O gráfico anterior permite avaliar os vários elementos de causalidade, indicadores de risco e medidas de ação (prevenção) a realizar perante a realidade dos transportes nas cidades que têm impacto na saúde em geral. Este gráfico, segundo os autores em referência é identificado por DPSEEA (*driving forces, pressure, state, exposure, effect, action*) que enfatiza as relações complexas e como devem ser compreendidas e integradas como um todo para melhor

compreender as formas de intervenção face aos vários fenómenos de risco. O modelo exposto tem em conta as exposições individuais que podem apresentar diferentes *outcomes* de saúde mas também estes mesmos resultados podem ser atribuídos a várias exposições (Bonita, Beaglehole *et al.* 2006).

Com base nesta preocupação e tendo em conta a estrutura multi-nível anteriormente apresentada, apresentamos de forma mais específica cada uma das etapas de forma genérica:

As Forças Motrizes: esta classe refere-se aos fatores que promovem a mudança do ambiente, tais como o desenvolvimento económico, tecnológico e crescimento populacional. A etapa *Pressão* está associada à ocupação e exploração por parte do ser humano do ambiente e que são entre várias, desde a emissão de poluentes para a atmosfera à exploração de recursos naturais (fósseis) etc.,. A fase seguinte identificada por *Estado* corresponde às modificações/transformações no ambiente causadas pelo ser humano (pressão). Dá-se especial ênfase à disponibilidade de recursos naturais bem como da sua qualidade (biodiversidade, fertilidade dos solos, água, etc.) e dos níveis de poluição no ambiente (qualidade do ar, solos, água etc.). Quanto ao nível da *Exposição*, e que dá relevância à relação entre o local e o tempo e a exposição que as pessoas estiveram a determinados riscos para a saúde. Estabelece-se a relação entre a dose externa (quantidade de poluente que ainda não foi absorvido pelo organismo), dose interna e que corresponde à quantidade de dose que penetrou no organismo e por fim a dose efetiva que corresponde à quantidade de poluente que atinge o órgão onde determinados efeitos relevantes podem ocorrer.

84

Ainda nesta estrutura multi-nível podemos identificar a etapa *Efeitos*, que vai ao encontro da avaliação dos resultados adversos para a saúde das pessoas (intensidade e magnitude), o nível de exposição e o número de pessoas que foram expostas. Por fim, podemos ainda abordar a etapa *Ação*, que permite adequar a melhor estratégia de intervenção em função dos estágios (níveis) anteriores que estejam a ser avaliados (Câmara 2002).

Ao debruçarmo-nos sobre a compreensão dos fatores ambientais de risco para a saúde das populações esta deve ser vista quer à luz das atividades industriais quer agrícolas que resultam nos benefícios económicos para as mesmas comunidades e que para reduzir o impacto dessas atividades na saúde em geral poderão trazer custos elevados para a economia desses países quer ao nível dos determinantes sociais, comportamentais, etc. (Câmara 2002).

Claro que a poluição ambiental pode ser ainda mais grave quando destrói solos agrícolas ou outro tipo de atividades bem como a saúde das pessoas. No entanto vários estudos epidemiológicos têm sido desenvolvidos para avaliar o custo-efetividade da ação humana no sentido de ajudar as autoridades a encontrar um equilíbrio entre os riscos para a saúde e os custos económicos associados à prevenção (Bonita, Beaglehole *et al.* 2006).

Outros determinantes importantes a acrescer aos anteriores com impacto na perceção do estado de saúde são os “fatores ambientais, características da comunidade, qualidade e quantidade dos

serviços públicos oferecidos” (Ferreira 1998). Tendo em atenção os resultados apresentados no Plano Nacional de Saúde (2012) e a informação estatística do INE (2011_c) em Portugal (*continental e ilhas*), durante o período de 2006 a 2009 registou-se uma diminuição do “efeito de estufa”⁵ em cerca de 9%. A percentagem de emissões em 2009 foi de 24% e que estava abaixo da meta de Quioto que se situava em 27% no que diz respeito aos gases de efeito de estufa (GEE) entre 2008-2012 (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

As fontes de maior poluição que contribuem para a emissão de GEE destacavam-se as atividades antropogénicas como a “indústria da energia” e os “transportes” (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Quanto ao índice de qualidade do ar segundo INE (2011_c) que entre 2006 e 2010 tem predominado a classe de “bom” (Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Também no que diz respeito ao acesso a sistemas de abastecimento de água, segundo o portal do INE (2012), em Portugal continental passou de 90% em 2006 para 96% em 2009. Neste período de tempo 84% da população estava servida por sistemas de drenagem de água residuais (2009) contra os 77% em 2006. Quanto ao acesso a estações de tratamento de águas residuais em 2009 era de 74% contra 71% em 2006 (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Quanto à produção de resíduos urbanos, segundo dados estatísticos do INE (2012), estes têm vindo a aumentar nos últimos anos. Entre os anos de 2002 a 2010 registou-se um aumento em kg por habitante de 441 a 511. No que diz respeito à participação na separação de resíduos recolhidos seletivamente ainda é pouco expressiva face à quantidade de resíduos produzidos em geral mas tem-se verificado um ligeiro aumento na última década (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Ao nível das condições de habitação (alojamentos) tem-se verificado uma melhoria constante nas últimas décadas em Portugal. Segundo o relatório, produzido no âmbito do “Plano Nacional de Saúde”, as infraestruturas básicas estão hoje presentes quase na totalidade das habitações (água canalizada, esgotos, instalações sanitárias com banho e duche). Não podemos deixar de referir, segundo os resultados estatísticos produzidos pelo INE (2012) referente aos Censos de 2011, que 0,6% das habitações, enquanto residência principal não possuía água canalizada, 0,5% dos alojamentos não dispõe de sistema de esgotos e 1,9% dos alojamentos também não dispunha ainda de casa de banho com banho e duche (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Para além dos múltiplos fatores designados “ambientais” não podemos deixar de referir os factores associados ao *comportamento humano*. Este é o um fator principal neste equilíbrio da saúde e da doença. Uma análise cuidadosa da carga global de doenças apontou para a importância

⁵ “O potencial de efeito de estufa é calculado através da combinação dos três principais gases que mais contribuem para o efeito de estufa: dióxido de carbono (CO₂), óxido nitroso (N₂O) e o metano (CH₄)” (Plano Nacional de Saúde – Perfil de Saúde em Portugal; 2012:5)

dos fatores comportamentais de risco, como o excesso de peso, tabagismo, álcool e má alimentação (WHO 2002_b).

O beber álcool em excesso, e outros comportamentos de dependência como o hábito de fumar, contribuem para uma variedade de problemas de saúde, como o enfarte do miocárdio, o cancro do pulmão, do esófago e doença pulmonar obstrutiva crónica (WHO 2002_b; Jekel, Katz *et al.* 2005).

Podemos ainda falar de “*fatores comportamentais múltiplos*” quando são responsáveis da ocorrência de determinado desfecho como exemplo de múltiplos comportamentos de risco temos o exemplo da SIDA em que a disseminação do vírus da imunodeficiência humana do tipo I (HIV-I) pode resultar da atividade homossexual masculina e heterossexual bem como do abuso de drogas intravenosas. O consumo excessivo de álcool e conduzir põe em risco o próprio indivíduo e os que o rodeia, bem como atividades sexuais inseguras, podem resultar em acidentes, lesões, incapacidade ou até à morte (WHO 2002_b; Jekel, Katz *et al.* 2005; Fletcher, Fletcher *et al.* 2006).

O determinante “*dependências*” é também um fator que têm sido estudado ao longo de vários anos e neste caso o contexto social tem um impacto importante para que as pessoas se deixem viciar por determinadas substâncias nocivas à saúde como as drogas, o álcool e tabaco (Wilkinson e Marmot 2003). Face ao exposto, os comportamentos de dependência não podem ser descontextualizados do âmbito em que cada pessoa se move ou pertença à sua comunidade. O uso de drogas não é mais do que uma das respostas à desintegração e colapso social e que, de certa forma, é responsável pelas desigualdades em saúde. A procura de consumos de risco (droga, álcool, etc.) tendem ilusoriamente a desaparecer as preocupações dos seus consumidores (Wilkinson e Marmot 2003; Siegrist 2011).

No entanto, estes comportamentos aditivos também estão de mãos dadas com outros indicadores relacionados com impacto na saúde. O abuso de álcool ou drogas ilícitas por um lado poderá permitir esquecer temporariamente as dificuldades que as pessoas sentem quer ao nível social quer a nível económico, como também o mesmo abuso e consumo pode propiciar a maior exclusão social etc.

O tabaco tem uma relação com a “*privação social*”. A privação social enquanto indicador de baixas condições de habitação, baixos rendimentos, famílias monoparentais, desemprego ou ausência de habitação têm maior expressão em pessoas com elevadas taxas de consumo de tabaco. O hábito de fumar tem um elevado impacto na subtração dos rendimentos de cada fumador e uma grande causa de doença e morte prematura (Ferrie, Marmot *et al.* 2002; WHO 2002_b; Wilkinson e Marmot 2003; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Ao nível da *realidade portuguesa*, e segundo as estatísticas resultantes do 4.º Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) constatou-se que 20,8% dos habitantes portugueses (continente) eram fumadores. Neste grupo de fumadores, 89,4% destes tinham um consumo regular enquanto que

os restantes eram considerados fumadores ocasionais (10,6%). No grupo de fumadores veio a sobressair as estatísticas por sexo quanto ao consumo: a maior frequência de fumadores é do sexo masculino (30,5%) contra 11,8% de fumadores do sexo oposto. A classe de idades de maior consumo situou-se entre os 35 e os 45 anos exclusive, onde 44,6% de consumidores eram homens e que 21,2% eram mulheres (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Segundo o relatório do “*Plano Nacional de Saúde*” em 2006 comparando com os resultados médios referentes a 5 melhores valores ao nível da Europa, os consumidores portugueses, no que diz respeito aos hábitos tabágicos, revelaram valores ligeiramente mais elevados (20,8% contra 19,5%) no entanto essa diferença é mais acentuada quando nos cingimos ao grupo do sexo masculino português face aos resultados europeus (30,5% contra 21,2%). Porém, quanto às estatísticas de consumidoras do sexo feminino comparativamente à média dos 5 melhores valores europeus verificou-se que o mesmo grupo, em média, revelou proporcionalmente menor número de casos (11,8% contra 15,0%) (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

De forma retrospectiva segundo as estatísticas produzidas pelos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) desde 1999 a 2006 o número de fumadores tem regredido ligeiramente (1,2%)⁶, no entanto não deixa de ser relevante salientar que a prevalência de fumadores aumentou entre a faixa etária dos 15 anos e os 25 anos exclusive. Segundo os resultados em 1999, em que 29,7% dos fumadores se encontrava nessa faixa etária e segundo as estatísticas do último INS (2005-2006) 31,4% já eram os atuais fumadores. Porém, nas restantes faixas etárias o número de consumidores tem vindo a diminuir com especial destaque entre os jovens adultos [25-35[anos que em 1999 eram 50,4% de fumadores e em 2006 registara-se uma redução 11,4% (39%) (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Segundo o relatório que avaliou o impacto da *Lei do Tabaco* (Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto) produziu resultados positivos na diminuição de fumadores ativos bem como ao nível da redução de exposição ao fumo do tabaco (DGS e INSA 2011; Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Segundo o relatório da DGS/INSA a prevalência do consumo de tabaco diminuiu, num espaço de dois anos (2008-2010) em 5% (DGS e INSA 2011).

Ao nível da *região centro*, segundo o relatório de 2010 da Administração Regional de Saúde do Centro esta região foi a que apresentou menor número de fumadores ativos (fumadores diários) por grupos etários à exceção na classe dos [15-25[anos comparativamente às restantes regiões do país segundo as estatísticas resultantes do Inquérito Nacional de Saúde (INS) referente ao período de 2005-2006 (Ministério da Saúde Português e Administração Regional de Saúde do Centro 2010).

⁶ Segundo o relatório “*Plano Nacional de Saúde*” 1999 (22%) e em 2006 (20,8%).

Segundo o mesmo relatório a mortalidade associada ao consumo de tabaco tem crescido nos últimos anos, até aos 65 anos de idade. É a região Centro a que apresenta maior taxa de mortalidade por doenças atribuíveis ao tabaco em 2008 (Ministério da Saúde Português e Administração Regional de Saúde do Centro 2010).

Quanto ao fenómeno do *consumo de álcool* em Portugal remetemo-nos aos dados recolhidos pelo 4.º INS onde 24,5% dos portugueses residentes no país consumia regularmente álcool quando referiu ter bebido na semana anterior à entrevista. Neste padrão de consumo 37,6% eram do sexo masculino e 12,3% do sexo feminino (INE e INSA 2009). Na distribuição de consumidores ajustado ao sexo em função das idades constatamos uma maior frequência de consumidores regulares de álcool nas faixas etárias dos [45-55[anos e [55 - 65[anos com igual proporção (41,8%) (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

No entanto, as pessoas que indicaram beber uma a duas bebidas alcoólicas durante a semana a prevalência deste consumo foi de 11% em ambos os sexos (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

De forma retrospectiva entre o 3.º e o 4.º INS registou-se uma diminuição proporcional de consumidores de álcool em 2,3%. No ano de 1999 a taxa de consumidores rondara os 26,8% e em 2006 eram já só 24,5% (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Este padrão de redução foi semelhante quer em homens quer em mulheres.

Ao nível da região Centro e à semelhança com os hábitos tabágicos, a população residente nesta região revelou menor número de casos de consumo de álcool face às restantes regiões do país por idade à exceção da faixa etária dos [15-25[anos onde foi superior à região de Lisboa e Vale do Tejo segundo os dados do INS de 2005-06 (Ministério da Saúde Português e Administração Regional de Saúde do Centro 2010).

O álcool consumido em excesso, como referido anteriormente, acarreta um conjunto de riscos para a saúde dos consumidores e com elevados custos (indiretos e diretos) associados (Marmot 2005). As doenças do fígado, sistema digestivo e cardiovascular são as que contribuem para as taxas de mortalidade associadas ao consumo de álcool (Ministério da Saúde Português e Administração Regional de Saúde do Centro 2010; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Segundo as estimativas de taxa de mortalidade padronizada por doenças associadas ao álcool por 100.000 indivíduos entre os anos de 2006 e 2009 revelou um aumento significativo até ao ano de 2008 e posteriormente uma inversão desta tendência (redução) na região Centro (Ministério da Saúde Português e Administração Regional de Saúde do Centro 2010).

No entanto, não podemos deixar de referir que tem-se observado uma melhoria no decréscimo proporcional de internamentos exclusivos ao consumo de álcool bem como o número de vítimas

mortais de acidentes de viação com taxa de álcool no sangue $\geq 0,5\text{g/l}$ (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Ainda neste âmbito dos comportamentos podemos falar da mortalidade prematura por doenças atribuíveis quer por consumo de álcool quer por suicídio. Segundo as estatísticas do INE (2012) apresentadas no relatório do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 a mortalidade prematura tem aumentado nos últimos anos em Portugal Continental. Segundo o INE (2012) entre o ano de 2000 a 2002 registara-se um aumento máximo de mortes por doenças associadas ao álcool de 13,9 por 100.000 habitantes tendo posteriormente reduzido até ao ano de 2006. Mas a partir de 2006 até 2009 a taxa de mortalidade aumentou de 11,2 para 12,9 óbitos por 100.000 habitantes (Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Este padrão de variação foi semelhante, quer em homens quer em mulheres.

Em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool (<65 anos) foi de 12,9 óbitos por 100.000 habitantes com maior expressão no sexo masculino (22,7 óbitos) face ao grupo feminino (3,7 óbitos). Quando comparamos as diferentes regiões de Portugal Continental a região Norte foi a que apresentou maior taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao consumo de álcool (15,0 óbitos) seguida da região do Algarve (14,4 óbitos) e região Centro (13,3 óbitos). No que diz respeito a esta última, a taxa de mortalidade masculina foi de 24,2 óbitos por 100.000 habitantes e que fora muito superior à taxa de mortalidade feminina (3,0 óbitos) (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Para além dos fatores comportamentais podemos também descrever determinados fatores classificados como *físicos*. Estes fatores podem ser identificados como a *energia cinética* (ex: casos que envolvem ferimentos provocados por arma de fogo, traumatismos por objetos contundentes e ferimentos provocados por veículos) *radiação*, *calor* e *ruído* bem como os *fatores químicos* que podem ocorrer quer em meio laboral (silicose), meio social (ambiente com fumo de tabaco), quer à *exposição substâncias tóxicas* (ex: chumbo) e *poeiras*, que podem causar tanto doenças agudas como crónicas (Jekel, Katz *et al.* 2005; Mausner e Kramer 2007).

Genericamente, segundo o relatório do Plano Nacional de Saúde a taxa de mortalidade por *Acidentes com Veículos a Motor* e por *Acidentes Laborais* tem diminuído nos últimos anos. Em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por acidentes com veículos a motor na população com menos de 65 anos era de 7,6 óbitos por 100.000 habitantes e que revelou ser bastante dispare entre homens e mulheres (12,4 versus 2,9). Quando comparamos com a média dos 5 melhores valores dos países da Europa a taxa de mortalidade prematura por acidentes em Portugal foi bastante superior (7,6) comparativamente à estimativa média europeia (3,6) (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Segundo as estatísticas do INE em 2012 veio a constatar-se entre 2000 até 2002 um aumento da taxa de mortalidade associada a acidentes com veículos a motor e a partir deste ano até 2009 a

variação da referida taxa tem decrescido e estabilizado nos últimos anos (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Segundo os resultados publicados sobre o perfil de saúde da região Centro, publicado em 2010, indicara que os acidentes de viação, enquanto determinante físico, revelaram elevado impacto (morte) em jovens. Segundo o mesmo relatório 37,3% foram o número de acidentes que ocorreram face à totalidade de acidentes ocorridos em Portugal nessa data. A região centro foi a região que mais contribuiu para este índice global em 2009 (Ministério da Saúde Português e Administração Regional de Saúde do Centro 2010).

No entanto, não podemos deixar de referir que desde 2003 até 2009 registou-se uma melhoria generalizada na diminuição da taxa de mortalidade praticamente em todas as regiões do Continente (Ministério da Saúde Português e Administração Regional de Saúde do Centro 2010).

No âmbito do determinante *Acidentes Laborais*, a taxa de mortalidade padronizada entre os anos de 2004-2008 em Portugal Continental reduziu de 2,7 óbitos para 1,8 óbitos por 100.000 habitantes. Esta tendência de redução foi semelhante entre homens e mulheres. Porém, a taxa de mortalidade ao longo destes anos sempre fora mais elevada no grupo masculino comparativamente ao grupo feminino (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

De forma mais específica, a taxa de mortalidade padronizada associada aos acidentes laborais em 2008 foi de 1,8 óbitos por 100.000 habitantes tendo maior expressão na população masculina (3,4 óbitos) face ao grupo feminino (0,1 óbitos). Quando comparamos as diferentes regiões de Portugal Continental, segundo o Gabinete de Estratégia e Planeamento (2011)⁷ ajustada ao sexo e local de residência a região Centro foi a que expressara em 2008 maior taxa de mortalidade (2,5 óbitos) seguida da região do Alentejo (2,4 óbitos). Quando comparamos entre homens e mulheres também na região Centro é a que expressou maior taxa de mortalidade por acidentes em homens (5,0 óbitos) comparativamente às mulheres (0,1) (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Um outro grupo de fatores de risco de elevada importância está identificado como “*Fatores Nutricionais*”. O tipo de dieta alimentar pode assumir-se como fator de risco: uma dieta rica em colesterol e gorduras saturadas, ocorrem tão frequentemente na nossa sociedade, porém, outrora esses mesmos alimentos ricos em gordura, etc., não eram classificados como pondo em risco a saúde das populações. Quando se realizaram determinados estudos na tentativa de comparar padrões de doença entre pessoas com e sem determinados fatores de risco associados aos hábitos alimentares foi possível identificar certos fatores determinantes para a saúde das pessoas (Marmot 2001; Marmot 2005; Fletcher, Fletcher *et al.* 2006). O *Framingham Heart Study* mostrou, numa das suas vertentes epidemiológicas, que níveis elevados de colesterol estavam associados a um elevado risco de enfarte do miocárdio. Este e outros estudos conduziram a uma investigação mais

⁷ Gabinete da responsabilidade do Ministério da Solidariedade e Segurança Social.

laboratorial para compreender o comportamento dos lipídios sanguíneos e agora, décadas mais tarde, muito da patogénese da aterosclerose e da doença coronária foi esclarecida. Só recentemente se desenvolveram intervenções médicas eficazes na prevenção do enfarte do miocárdio que vão desde a modificação da dieta da alimentar, à prática de exercício físico, etc., (Jekel, Katz *et al.* 2005).

É comumente aceite que uma boa dieta alimentar associada à escolha adequada de alimentos para consumo revelam ser fundamentais para a promoção da saúde e do bem-estar das pessoas (Marmot 2001; Wilkinson e Marmot 2003). Por outro lado a escassez e a falta de variedade de alimentos pode levar à desnutrição e desequilíbrios alimentares. Podemos abordar esta realidade quanto ao excesso de consumo de alimentos onde está associado o maior risco de doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, doenças oculares degenerativas, obesidade e cáries dentárias. A escassez de alimentos, por outro lado, está associado à pobreza e que esta condição limita o acesso a alimentos necessários e fundamentais para uma boa saúde (Marmot 2001; Wilkinson e Marmot 2003).

Esta relação entre a escassez e a abundância de alimentos para as populações está associada à disponibilidade destes bens como o custo que os mesmos apresentam. O crescimento económico das sociedades de hoje associado a industrialização e as mudanças na produção agrícola, como a melhoria das condições habitacionais e de saneamento bem como dos cuidados de saúde mudaram o panorama epidemiológico isto é, a transição das doenças infecciosas para as doenças crónicas. Esta mudança também esteve associada a uma alteração dos hábitos alimentares. Esta transição da dieta alimentar veio a expressar-se de forma distinta em certos países europeus (Europa Ocidental) com o aumento do consumo excessivo de gorduras e açúcares levando a situações de obesidade. Perante esta transição nutricional veio a verificar-se que nestes países desenvolvidos a obesidade apresentou uma maior expressão nas classes socioeconómicas mais baixas (Wilkinson e Marmot 2003).

As pessoas com baixo estatuto socioeconómico tendem a substituir a procura e o respetivo consumo de alimentos frescos (tendencialmente mais caros) por produtos processados mais baratos. Este padrão comportamental está mais presente em indivíduos com baixos rendimentos, idosos e desempregados (Wilkinson e Marmot 2003; Marmot 2005).

Vários autores indicam que a *dieta ocidental* é responsável pela mudança dos hábitos alimentares no século XXI onde se observa uma maior incidência do consumo de alimentos ricos em gordura (origem animal), açúcares e alimentos refinados e menor consumo de alimentos ricos em fibras ou vegetais (Tardido e Falcão 2006; Marques, Arruda *et al.* 2007). No entanto, esta mudança da dieta alimentar que está associada a mudanças económicas, sociais e demográficas tem vindo a demonstrar um elevado impacto na saúde das populações. Como foi referido anteriormente com

a alteração do perfil epidemiológico da população mundial as doenças nutricionais estão cada vez mais interligadas aos excessos alimentares e estilos de vida desadequados quer na forma como adotam um determinado tipo de alimentação, frequência de consumo e tipo de alimentos, a prática de atividade física, etc., tendem a agravar o risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis.

Os *Fatores Religiosos e Espirituais* enquanto determinantes extrínsecos e sua relação com a saúde e a doença pouco têm sido explorados. Porém, ocorrem determinadas evidências de que as crenças pessoais quanto ao significado e ao propósito da vida, bem como o acesso ao perdão e ao apoio recebido de membros de uma rede social revelam ter impacto na saúde (Jekel, Katz *et al.* 2005).

Alguns estudos de natureza prospetiva referem que as pessoas que manifestaram uma participação ativa na sua religião com maior envolvimento social na comunidade o risco de morrer, segundo um estudo de *follow-up* de 9 anos, era muito menor (Berkman e Syme 1979). Também *Berkman & Breslow*, (1983) vieram a dar grande relevância a determinados grupos religiosos (Mórmons e os Adventistas do sétimo dia) e sua relação com o risco de doença e morte. Constataram que risco de morte associado a determinadas doenças eram menores nestes grupos comparativamente à população em geral. Por exemplo: os Mórmons proíbem o uso do café, chá, álcool e tabaco. Os Adventistas do Sétimo Dia também procuram evitar o álcool e o tabaco e, além disso, encorajam fortemente os seus membros a adotarem uma dieta vegetariana (Jekel, Katz *et al.* 2005).

Segundo as estatísticas apresentada pelo 4.º INS 2005-2006 veio a constatar-se que 81,1% da população residente em Portugal recorria para os seus cuidados de saúde ao Serviço Nacional de Saúde. Esta estimativa foi ligeiramente inferior face ao 3.º INS (1999) onde a proporção de residentes fora de 82,5%. O segundo subsistema de saúde mais referido fora a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE) quer em 1999 (8,8%) quer em 2006 (10,1%) (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

No que diz respeito a seguros pessoais de saúde a maioria da população portuguesa em Portugal Continental em 2006 não tinha este tipo de serviços e só 10,5% é que os possui-a. Porém, de forma retrospectiva, em 1999 a proporção de habitantes residentes com seguro de saúde era de 5,5% e em 2006 esse valor fora quase o dobro. Neste mesmo ano as pessoas que indicaram ter seguro de saúde 30,8% tinham como serviços contratualizados “internamento hospitalar” “consultas” e “meios complementares de diagnóstico e terapêutica” (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Quanto ao Programa Nacional de Vacinação, segundo o relatório do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, enquanto programa universal e gratuito abrangia atualmente 95% da população portuguesa (Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Também a partir do ano de 2006 fora criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para “*garantir a prestação de cuidados de saúde*

e apoio social, recuperadora e paliativa, a todas as pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência e apoiar os familiares ou cuidados informais, na qualificação e na prestação de cuidados” (Robalo, Marques et al. 2012:17).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 citando as estatísticas apresentadas pela Direção Geral de Saúde (2011) indicavam que entre 2000 e 2010 registara-se um aumento do número médio de consultas médicas por habitante no que diz respeito às consultas externas. Mas num registo inverso, registou-se a diminuição do número de doentes saídos de internamento bem como de registos de número de doentes observados nas urgências no que diz respeito às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Esta redução, segundo a Direção Geral de Saúde (2011), estava associada também ao surgimento de novos estabelecimentos hospitalares privados que passaram também a fazer parte da relação conjunta de intervenção com o Serviço Nacional de Saúde.

Do total de consultas externas em 2010 em unidades do Serviço Nacional de Saúde, 28,7% eram primeiras consultas. Ao nível das diferentes regiões do continente o Algarve e Alentejo (31,4%) bem como a Centro (29,4%) foram as que maior expressão teve neste tipo de indicador. De forma retrospectiva entre os anos de 2004 a 2010 observou-se um aumento da proporção de primeiras consultas em todas as regiões do país à exceção da zona Centro onde se registou um ligeiro decréscimo (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

No que diz respeito à frequência de consultas que cada habitante teve com o seu médico (INE 2012), verificou-se em 2010 que foi em média de 4,2 vezes (Portugal Continental). Segundo dados do INE registou-se um aumento deste indicador desde 2000 (3,6 vezes) até ao ano de 2010 (4,2 vezes). Este aumento, segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, esteve associado ao número médio de consultas médicas em meio hospitalar e não tanto às consultas em Centros de Saúde que se mantivera relativamente constante (2,7 vezes) (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

As regiões portuguesas com maior expressão deste indicador e que superam a estimativa nacional foram o Alentejo (4,9 vezes) e o Centro (4,8 vezes). A frequência de consultas teve maior expressão, ao nível dos cuidados de saúde primários, nas unidades de Centro de Saúde (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Podemos ainda falar de um outro fator com impacto na saúde das populações que é a “*mobilidade geográfica*” e “*transportes*”. Este factor está associado à *perda social* representada em perturbações quando se observa uma modificação no ambiente cultural, associado à partida de um meio rural para um meio urbano (Mausner e Kramer 2007). Durante os últimos 100 anos observou-se uma extensiva migração dos campos para as cidades. Os factores associados a essa emigração têm sido a mecanização do trabalho rural e a consequente diminuição de postos de

trabalho nas explorações rurais, juntamente com a facilidade de emprego e outros atractivos nas cidades.

No que diz respeito à *realidade portuguesa*, entre 2001 e 2011 vieram a constatar-se um acentuado padrão de litoralização, em especial, um aumento da concentração das populações nas grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. Este fluxo migratório veio a agravar o desequilíbrio na distribuição da população portuguesa pelo território e a desertificação acentuou-se, em especial, nas regiões do interior do país. As estatísticas apresentadas pelo INE (2011b) indicam que a grande maioria dos municípios do interior perdeu população na última década (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

No entanto continuamos a registar problemas de saúde peculiares em meio rural. Os acidentes continuam a ser uma importante causa de incapacidade e morte motivados pela utilização de equipamento mecanizado (sem que as pessoas possam estar minimamente preparadas), de supervisão e de regulamentação para além dos riscos relacionados com o trabalho agrícola como cancro de pele, exposição quer a pesticidas quer a uma grande variedade de microorganismos.

Por outro lado, as cidades têm também impacto na saúde dos habitantes tais como a poluição sonora e atmosférica, fraca qualidade do ar, etc (Medronho, Carvalho *et al.* 2002; Bonita, Beaglehole *et al.* 2006; Mausner e Kramer 2007).

94 Também não podemos deixar de referir que as grandes cidades continuam a ser confrontadas com as consequências da marginalidade e da desorganização social, incluindo homicídios e outros actos de violência, bem como padrões de comportamento de risco que são propiciadores de disseminação das doenças venéreas e do vício das drogas.

A questão da mobilidade nas cidades é também uma das grandes preocupações no que diz respeito à saúde das populações. O tipo de “*transporte*” é um determinante social importante. Um transporte saudável como andar a pé, de bicicleta e maior utilização de transportes públicos são reveladores de boa promoção da saúde. Os benefícios deste tipo de prática e comportamento permitem a realização de exercício físico, redução de acidentes fatais bem como o contato social e a redução da poluição do ar (Wilkinson e Marmot 2003). Vários são os estudos que comprovam a relação entre os benefícios do exercício físico e o menor risco de doença cardiovascular, obesidade e o aparecimento da diabetes promovendo o bem-estar. Para além destes benefícios, também em pessoas mais velhas o risco de depressão é menor (Wilkinson e Marmot 2003).

CAPÍTULO IV

4. ESTADOS E ACONTECIMENTOS RELACIONADOS COM A SAÚDE

Os estados e eventos relacionados com a saúde referem-se às doenças, causas de morte, comportamentos (*estilos de vida*), estados de saúde positivos, reações aos regimes de prevenção, acesso e uso de serviços de saúde (Bonita, Beaglehole *et al.* 2006). Face ao exposto, procuramos realçar a importância de determinados eventos/acometimentos associados aos estilos de vida com impacto na saúde das populações e que foram classificados no âmbito da “saúde comportamental”.

Como referimos anteriormente, os estudos epidemiológicos procuram, entre outros objetivos, reunir esforços para prevenir e controlar a doença e promover a saúde do indivíduo e das populações. Porém, para criar medidas de prevenção e controlo há a necessidade de identificar as causas da doença ou lesão e como estas podem ser alteradas/evitadas no futuro (Bonita, Beaglehole *et al.* 2006).

95

4.1 INTRODUÇÃO À CORRENTE “SAÚDE COMPORTAMENTAL”

4.1.1 PERSPETIVA INTRODUTÓRIA

A “saúde”, enquanto conceito, ficou definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade...” (Last 1995:96). O “Comportamento” e a “Componente Social” são hoje cada vez mais entidades fundamentais a estudar quanto à relação com a saúde das populações. Sendo a *Saúde* um estado, uma qualidade de vida, a mesma é influenciada por “*múltiplos fatores*” tais como fatores sociais, físicos, mentais, ambientais, nutricionais entre outros como foram referidos no capítulo anterior (Wilkinson e Marmot 2003; Matos e Albuquerque 2006).

Estudar a saúde é “um desafio” considerando este conceito como algo dinâmico e de grande dificuldade de definir bem como de medir. No entanto, não podemos dissociar “Saúde” do “*Estilo*

de Vida” que as pessoas possuem. Este, segundo *Pais & Cabral*, (2003) e *Ribeiro* (2005) está associado principalmente ao fomento de padrões de comportamento individual mais favoráveis que possam prevenir doenças bem como de promover a saúde (Matos e Albuquerque 2006).

Após no século passado se ter investido no tratamento e controlo das doenças maioritariamente infecciosas a preocupação com a saúde centrou-se na atualidade numa “*nova epidemia*” a que se designou por *Comportamental* (Corte-Real, Balaguer *et al.* 2008). Esta tem como consequências inúmeras doenças causadas por aquilo que se pode chamar de comportamentos de risco - tabagismo, consumo de álcool, alimentação desequilibrada, obesidade, sedentarismo, entre outros, e que são classificados como fatores de risco e identificados como “*determinantes comportamentais*” (Adler, Boyce *et al.* 1994; Ministério da Saúde Português e Administração regional de Saúde do Centro 2007; Corte-Real, Balaguer *et al.* 2008; OMS s.d).

Como referido anteriormente, a década de 70, teve como marco teórico aquela que foi considerada a II Revolução da Saúde, que conceptualizava o ‘comportamento’ como a grande epidemia do século XX. Esta revolução introduziu conceitos teóricos marcantes e inovadores para os países desenvolvidos, onde os benefícios da I Revolução da Saúde já estavam mais do que comprovados (Dias, Duque *et al.* 2004). A nova mudança de paradigma centrara-se na saúde ao invés das doenças e preconizava o retorno a uma perspetiva ecológica (Pais Ribeiro 1994; Ogden 1999; Pais Ribeiro 2004). A par desta mudança, a vertente da “*epidemiologia comportamental*” assume que a expressão de taxas de doença e ocorrência de morte prematura eram mais elevadas quando associadas à presença de hábitos tabágicos, acidentes motorizados, consumo de álcool ou de substâncias ilícitas (drogas), más condições sociais (pobreza, fome, ignorância) e ambientais e que de certa forma eram considerados comportamentos facilitadores da doença ou de outro tipo de desfecho mas que eram evitáveis (Richmond 1979 *cit in* Matos 2004).

Vários estudos, após a II Guerra Mundial, têm revelado a importância que o “comportamento” das pessoas influencia, direta ou indiretamente, o estado de saúde e de prevenção das doenças (Matos 2004; Pais Ribeiro 2004).

Esta revolução conceptual da compreensão e do estudo dos hábitos e estilos de vida com impacto na saúde das populações veio exigir novas mudanças na compreensão do binómio saúde-doença face às que foram concebidas nos finais do século XIX e início do século XX. Nessa época, como foi assinalado em capítulos anteriores, as principais causas de morbilidade mortalidade eram a tuberculose, a gripe e a pneumonia, o sarampo e a poliomielite. Porém, nos últimos 80 anos o crescimento científico das várias ciências (exatas, médicas, psicológicas e sociológicas) permitiu uma significativa redução ou eliminação das causas de origem infecciosa. No entanto, registou-se um incremento da morbilidade e mortalidade provocadas por outras doenças do tipo não infecciosas tais como as doenças cardiovasculares, o cancro do pulmão, abuso de drogas e álcool, acidentes motorizados. Ora, estas causas de morbilidade e mortalidade, derivam em grande parte,

dos comportamentos das pessoas integrados num *estilo de vida* (Pais Ribeiro 1989). Face ao exposto, o estudo do comportamento humano no contexto da proteção, prevenção e promoção da saúde é uma das áreas cada vez mais exploradas no sentido de ir ao encontro das necessidades das pessoas e da sociedade no que diz respeito à saúde e à doença (Matos 2004).

4.1.2 COMPORTEMENTOS DE SAÚDE

Conceptualmente, um *comportamento de saúde* poderá ser definido como qualquer ação desenvolvida por cada pessoa, independentemente do seu estado de saúde real ou percebido, que tem como objetivo a manutenção, proteção e promoção da saúde (Matos 2004). Esse mesmo comportamento resulta da combinação de conhecimentos, práticas e atitudes que promovem para motivar as ações que consideramos serem saudáveis, justificando esta perspetiva que o sujeito que pratica um comportamento saudável é um sujeito que promove e preserva a sua saúde (Last 1995). Este tipo de comportamentos de saúde pode também ser definido, segundo *Matarazzo* (1984) como “*comportamentos de proteção da saúde*” ou “*imunogénicos*” (Ogden 1999) ou também identificados como “*comportamentos preventivos*” segundo *Pender* (1975) e que correspondia a um conjunto de ações quer individuais ou coletivas, realizadas de forma voluntária pelo indivíduo em estado assintomático em relação a uma doença ou outro tipo de desfecho específico com o objetivo de minimizar o potencial de ameaça percebido em relação ao mesmo, isto é, produzir um efeito minimizador de situações de risco (Matos 2004; Coelho e Santos 2006). Esta posição anterior é reforçada por *Kasl e Cobb* (1996) quando assumimos que o ‘*comportamento de saúde*’ terá como objetivo impedir o aparecimento da própria doença (Ogden 1999). Como *comportamentos de proteção* podemos apresentar como exemplo o uso de cinto de segurança, prática de exercício físico, cuidados com a higiene oral, realização de exames médicos de rotina regulares, adequado número de horas de sono por noite, etc. (Matos 2004).

Carmody (1997) definiu “comportamento relacionado com a saúde”, como os comportamentos que poderão influenciar, quer positivamente quer negativamente, a saúde do indivíduo. Esta relação é fundamentada no facto de toda a ação comportamental (direta ou indiretamente) influencia a saúde das pessoas (Gonzalez e Pais Ribeiro 2004; Matos 2004).

Neste âmbito, como identificou *Matarazzo* (1980), a corrente teórica “*Saúde Comportamental*” que emerge num campo interdisciplinar, procura promover a saúde dando relevo à responsabilidade de cada sujeito numa correta aplicação dos conhecimentos e técnicas provenientes das ciências biomédica e comportamental, que melhor se adequam para a manutenção da saúde, da prevenção da doença associadas a atividades de iniciativa individual ou coletiva (Pais Ribeiro 1989).

No entanto, há cada vez mais a preocupação, por parte de cada indivíduo, para uma crescente procura de reduzir o risco de doença e melhorar a sua qualidade de vida relacionada com a saúde. Estas preocupações têm despoletado um conjunto de comportamentos considerados pelo sujeito como saudáveis que permitem melhorar a sua saúde. Este tipo de comportamentos vai desde a realização de atividade física, corrida, consumo moderado de alimentos com altos teores de gordura, açucarados ou salgados, etc. (Pais Ribeiro 1989).

4.1.3 COMPORTAMENTOS DE RISCO

O inverso do tipo de comportamento de saúde são designados por *comportamentos de risco*. Matarazzo, (1984) apelidou os comportamentos de “risco” como “*comportamentos patogénicos*” que não são mais do que comportamentos prejudiciais à saúde, isto é, responsáveis de uma má saúde: tabagismo, maus hábitos alimentares, sedentarismo, ingestão de grandes quantidades de álcool, consumo de substâncias psicoativas ilegais ou fora de um contexto de vigilância médica (Ogden 1999; Matos 2004) e que estão na base da definição de um estilo de vida com efeitos nocivos para a saúde (Marmot 2001; Wilkinson e Marmot 2003; Matos 2004).

Estes comportamentos não são mais do que formas específicas de comportamentos associados ao aumento de suscetibilidade para o desenvolvimento de uma doença específica. Os comportamentos de risco são usualmente definidos como ‘perigosos’ com base em dados epidemiológicos e dados psico-sociais (Matos 2004). É neste contexto que o estudo do comportamento humano enquanto estilo de vida relacionado com a saúde expressa um dos maiores desafios para o estudo da relação da saúde e bem-estar das populações (Matos 2004; Pais Ribeiro 2004). Com a segunda revolução da saúde o comportamento passou a ser, como se verificou em capítulos anteriores, um dos principais objetos de estudo das várias ciências como também uma das principais causas de morbidade e mortalidade (Pais Ribeiro 1989).

4.2 ESTILOS DE VIDA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE E DOENÇA

4.2.1 PERSPETIVA CONCEPTUAL

A *qualidade de vida relacionada com a saúde* integra um conjunto de elementos (sociais, mentais, espirituais e físicos) que estão associados a determinados *Estilos de Vida* (Kluthcovsky e Takayanagui 2007). O conceito de *estilo de vida* (EV) é mais do que um agregado de decisões individuais que afetam quer a vida pessoal quer a vida coletiva e sobre as quais revela ter algum controlo (Pais Ribeiro 2004).

O ser humano transporta em si um conjunto de hábitos e costumes que são influenciados e modificados em função do processo de socialização durante toda a vida dos indivíduos e que vão refletir nos estilos de vida de cada sujeito. Estes estilos podem incluir o “*uso ou consumo de substâncias como o álcool (bebidas alcoólicas), o tabaco, o chá, ou o café; hábitos alimentares; exercício físico, etc., que têm implicações importantes sobre a saúde...*” (Last 1995:120). São as ‘crenças, valores e atitudes’ presentes nos hábitos diários ou comportamentos das populações que moldam os *estilos de vida* da sociedade e que de certa forma revelam ter um grande impacto sobre o estado de saúde das populações, quer a médio ou a longo prazo (Coelho e Santos 2006).

Os *estilos de vida* refletem também um aglomerado de padrões comportamentais diretamente relacionados e que dependem das condições económicas, políticas, sociais, culturais e educacionais da sociedade em geral (Pais Ribeiro 2004).

Podemos ainda acrescentar que os EV resultam também da mudança do meio em que o indivíduo está inserido (processo ativo) e que o mesmo assume conscientemente, através das suas escolhas, a procura de uma melhor condição, isto é, um método de ação integrado que visa maximizar as potencialidades do indivíduo no meio ambiente em que vive (Pais Ribeiro 2004).

Os fatores que estão associados aos EV como o tipo de dieta alimentar, exercício físico, hábitos tabágicos, consumo de álcool e drogas, acidentes, comportamento sexual, etc. não são mais do que um todo e podem afetar tanto o risco de sofrer uma ou mais doenças como também afetar o evoluir do tratamento (cura) ou de sobreviver a esse processo (Wilkinson e Marmot 2003; Marmot 2005; Matos e Albuquerque 2006).

4.2.2 ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS VERSUS PREJUDICIAIS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

Segundo *Matarazzo* (1984) nos últimos 300 anos têm-se registado avanços importantes no âmbito da higiene, saúde pública e microbiologia onde revelaram uma influencia direta na redução da morbidade e mortalidade associada a agentes microbiológicos. Porém, o atual paradigma que assenta na compreensão da relação saúde e doença têm-se alicerçado no estudo de determinados padrões comportamentais (*estilos de vida*) que se relacionam com a saúde e com a doença (Gonzalez e Pais Ribeiro 2004).

Como foi abordado anteriormente, o *estilo de vida* implica a escolha de atividades diárias que vão desde o que se come, quando se come e respetiva quantidade, tipo e quantas vezes fazemos exercício físico, a forma como enfrentamos determinados acontecimentos que desencadeiam de stress (trabalho, família, etc.), a forma como comunicamos com as outras pessoas e como nos relacionamos com o meio ambiente (Pais Ribeiro 1989).

Grande impulsionador desta compreensão da relação entre os comportamentos e a saúde foi o estudo identificado como “*Alameda County Study*”. Este estudo do tipo longitudinal procurou identificar um conjunto de fatores (comportamentais) associados à saúde das populações. Este trabalho multidisciplinar examinou as redes sociais, padrões de sono e de alimentação, hábitos tabágicos, utilização de álcool e participação comunitária, concluindo que há uma relação causal forte entre a maneira de viver e a morbidade e mortalidade (Pais Ribeiro 1989; Breslow e Breslow 2002; Breslow e Enstrom 2004).

Também, como base neste estudo identificaram sete comportamentos correlacionados com subsequente saúde física e bem-estar do indivíduo: 1) Sete a oito horas diárias de sono; 2) Tomar o pequeno-almoço quase todos os dias; 3) Nunca ou raramente comer entre as refeições; 4) dentro, ou próximo, do peso ajustado à altura; 5) Nunca ter fumado cigarros; 6) consumo moderado ou ausência de consumo de álcool; 7) exercício físico regular (Pais Ribeiro 1989; Breslow e Breslow 2002; Breslow e Enstrom 2004; Gonzalez e Pais Ribeiro 2004).

Esta relação apresentada no *estudo de Alameda* veio a constatar-se que o menor número destes comportamentos presentes na rotina da população elevava-se o risco de morte nos 4 anos seguintes ao início do estudo. A aplicação dos sete comportamentos veio a confirmar um risco de morte menor quer nos homens (quatro vezes menor dessa probabilidade ocorrer) quer nas mulheres (oito vezes menor dessa probabilidade ocorrer) (Gonzalez e Pais Ribeiro 2004).

Gonzales & Pais Ribeiro (2004) citando *Vickers, Conway, e Hervig* (1994) indicaram que os comportamentos de saúde enquanto padrões comportamentais, não são mais do que um comportamento multidimensional e que este tem importantes implicações para a conceptualização, medida e alteração deste comportamento. Com base nesta linha emergiram duas grandes categorias: *Comportamento Preventivo* (contendo a dimensão de comportamentos de saúde de “manutenção e melhoria do bem-estar” e a dimensão de “evitamento ou minimização dos efeitos dos acidentes”) e a *Tomada de Risco* que se subdividiu nas dimensões 1) “riscos primariamente relacionados com exposição evitável a perigos enquanto peão ou condutor de automóvel” e 2) “evitamento de substâncias que poderiam afetar negativamente a saúde” (e.g., tabaco e álcool) e, em menor grau, outros fatores que poderiam prejudicar a capacidade adaptativa do organismo (e.g., germes, poluição).

O “*European Health and Behaviour Survey*” (Wardle & Steptoe, 1991), um estudo internacional com população universitária, com o objectivo de aferir os comportamentos de saúde, crenças e conhecimento sobre as relações entre saúde e doença, avaliou cinco grandes classes de comportamentos de saúde: (a) uso de substâncias; (b) práticas de saúde positivas; (c) hábitos de dieta e alimentação; (d) comportamento de condução e (e) cuidados de saúde preventivos” (Gonzalez e Pais Ribeiro 2004). Num sub-grupo desse estudo, em quatro países Europeus, como parte do estudo de *Steptoe et al.* (1994) observaram que, embora se tenha verificado um padrão

predominante de práticas de saúde positivas em ambos os sexos, em cada um dos países, o índice médio de comportamentos de saúde foi superior no sexo feminino do que no sexo masculino, refletindo em geral que as mulheres apresentam comportamentos mais saudáveis num vasto conjunto de actividades (Gonzalez e Pais Ribeiro 2004).

Também o estudo de *Steptoe et al.* (1994) avaliaram alguns traços de personalidade e sua associação com os comportamentos de saúde. Os mesmos indicaram que os homens e mulheres com estilos de vida saudáveis teriam maior probabilidade de também serem extrovertidos e otimistas e serem pouco psicóticos e de possuírem crenças na influência dos “fatores do acaso” na manutenção da saúde. Este padrão poderia estar associado a presença de determinados comportamentos de saúde mais positivos em pessoas com redes de suporte social mais fortes (Gonzalez e Pais Ribeiro 2004).

Também *Mota et al.*, veio confirmar esta perspetiva, isto é, as pessoas ao adotarem um estilo de vida saudável (ativo) em conjugação com outros comportamentos tidos por positivos, podem ser benéficos para a saúde (Mota, Oliveira *et al.* 2010).

Podemos por fim afirmar que um estilo de vida associado a poucos comportamentos de risco permitirá reduzir ou retardar a ocorrência e o desenvolvimento de agravos para a saúde, permitindo uma vida mais saudável e com melhor qualidade de vida (Coelho e Santos 2006).

Perante este enquadramento sobre os estilos de vida e a sua evidência quanto ao impacto na saúde das populações procuramos de seguida descrever alguns comportamentos de risco/proteção responsáveis pelo binómio Saúde versus Doença.

4.2.2.1 HÁBITOS TABÁGICOS

Segundo a OMS (2006) aproximadamente 4,9 milhões de pessoas morrem como consequência de hábitos tabágicos. Segundo as estimativas futuras, 2030 prevê-se que este número aumente na ordem dos 10 milhões (Corte-Real, Balaguer *et al.* 2008).

O consumo de tabaco não está destituído da relação que estabelece a um conjunto de fatores extrínsecos que promovem o respetivo consumo. O consumo de tabaco e outros tipos de comportamentos de risco estão associados a determinados níveis socioeconómicos e grau habilitacional em especial ao nível do ordenado e situação profissional (Adler, Boyce *et al.* 1994). Winkleby *et al.*, (1990) veio a constatar que o maior consumo de tabaco encontrava-se associado às classes socioeconómicas mais baixas (Adler, Boyce *et al.* 1994).

Um estudo realizado por Matthews, Kelsey, Meilahn, Kuller, & Wing, (1989) nos EUA, (base comunitária), acompanhou 3349 adultos confirmaram a relação inversa entre o número de anos de estudo (formação) e a proporção de fumadores: “41% dos homens tinha ≤ 12 anos de estudo fumavam, entre 13 e 15 anos de estudos 30% fumavam, 25% dos fumadores tinham 16 anos de estudos e 18% teriam mais de 16 anos de estudo”. Quando controlaram a idade, e estudaram um grupo (amostra comunitária) de mulheres com meia-idade, confirmaram a associação entre o grau de educação e a frequência de fumadoras (prevalência). Os resultados indicaram: “43% das fumadoras tinham como formação base menos do que o ensino médio, no entanto 30% das mulheres em estudo tinham alguma formação, 23% com diploma universitário e 19% estudos avançados” (Adler, Boyce *et al.* 1994).

Também o trabalho de campo realizado com funcionários públicos britânicos em 1967 (*Study Whitehall*) veio a verificar uma associação entre o consumo de tabaco e a classe social tendo em conta o emprego e a mortalidade associada a diferentes causas (doenças). A associação foi negativa, isto é, as pessoas com uma classe social mais elevada revelaram um risco de morte menor associado a determinadas doenças. Posteriormente, entre 1985 e 1988 um novo estudo com funcionários públicos britânicos com idades compreendidas entre os 35 e os 55 anos (*Study Whitehall II*) vieram a revelar que a perceção que os funcionários tinham face à sua saúde e os sintomas apresentados revelaram ser piores quando pertenciam a categorias profissionais mais baixas. Verificaram também que a perceção de saúde por parte dos funcionários era diferente face a determinados comportamentos de risco – dieta, tabagismo, atividade física (Marmot, Davey Smith *et al.* 1991; Ferrie, Marmot *et al.* 2002).

A variável classe social também foi controlada quanto à associação de hábitos tabágicos nos estudos realizados por Escobedo *et al.*, (1990), Kaprio & Koskenvuo, (1988), Pugh *et al.*, (1991) e que vieram a confirmar que o consumo de tabaco era diferente entre as classes sociais e que o início do consumo de tabaco revelava uma relação inversa face ao nível socioeconómico que as

peças pertenciam. Porém, a taxa de abandono do consumo de tabaco, proporcionalmente, era mais elevada quando as pessoas eram de classes mais altas (Adler, Boyce *et al.* 1994).

4.2.2.2 CONSUMO DE ÁLCOOL

Quanto ao consumo de Álcool, na Europa segundo a OMS (2001) 55.000 jovens europeus morrem anualmente devido ao consumo excessivo. Na Europa, 9% da mortalidade dos jovens europeus está associado ao consumo de álcool. Portugal, foi considerado um dos países com maior consumo de álcool por capita em adultos (Corte-Real, Balaguer *et al.* 2008).

O consumo de álcool mostra o padrão oposto ao tabagismo e outros comportamentos de risco. Diversos estudos encontraram uma correlação positiva do consumo de álcool com o nível socioeconómico, ajustado pela educação ou pelo status laboral (Cauley, Donfield *et al.* 1991; Marmot, Davey Smith *et al.* 1991; Adler, Boyce *et al.* 1994).

A relação entre o consumo de álcool e resultados de saúde, no entanto, não é uniforme em todas as doenças. Os estudos indicam que o álcool pode aumentar o risco de alguns tipos de cancro e o abuso de álcool aumenta o risco de cirrose do fígado, porém, níveis moderados de consumo de álcool estão associados ao menor risco para doença coronária (Adler, Boyce *et al.* 1994).

Também, num estudo desenvolvido pelo Departamento de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto sobre o consumo de álcool e a sua relação com a obesidade, numa amostra urbana de 2.383 adultos, em que a maioria eram do sexo feminino, veio a comprovar que o consumo elevado de álcool associara-se positivamente à obesidade total e central em ambos os sexos. No entanto, esta associação não variou em função das características sociais ou comportamentais da mesma população (Lourenço, Oliveira *et al.* 2010).

Porém, os resultados anteriormente apresentados não foram confirmados no estudo sobre a relação entre IMC e determinados fatores de risco cardiovasculares numa população adulta brasileira onde se procurou determinar os estilos de vida que mais poderiam contribuir para uma condição de IMC de obesidade ou excesso de peso. Neste mesmo estudo não se observou uma associação significativa entre o consumo de álcool e ser obeso (Rezende, Rosado *et al.* 2006).

4.2.2.3 OBESIDADE

Estudos de âmbito epidemiológico a nível mundial têm revelado importantes transformações socioeconómicas e demográficas quer nos padrões de atividade física quer de comportamento alimentar nas últimas décadas. Como referido anteriormente, estas mudanças estão associadas de

forma significativa com o padrão de morbimortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Wanderley e Ferreira 2010).

O fenómeno da obesidade, enquanto epidemia global do século XXI, é uma doença crónica, multifatorial identificada como excesso de gordura corporal (Corte-Real, Balaguer *et al.* 2008; World Health Organization 2015_b).

O fenómeno da obesidade é *multifatorial*, porque os fatores que estarão envolvidos na sua ocorrência estão também associados a elementos históricos da população, ecológicos, políticos, socioeconómicos, psicossociais, biológicos e culturais (Wanderley e Ferreira 2010).

A origem deste fenómeno está associado à ingestão alimentar excessiva (distúrbio) e pouco saudável, baixa ou ausência de atividade física, fatores genéticos, metabólicos, como também a fatores socioculturais e psicossociais independente da idade ou do estatuto socioeconómico (Marmot 2001; World Health Organization 2004; Cavalcanti, Gonçalves *et al.* 2010; Martins, Figueiras *et al.* 2010; Venturini, Engroff *et al.* 2013).

A OMS também acrescenta que a obesidade e o excesso de peso está associado ao desequilíbrio energético entre as calorias consumidas e dispendidas no dia-a-dia. A nível mundial observa-se uma relação inversa entre o aumento da ingestão de alimentos altamente energéticos ricos em gordura e açúcar e uma diminuição da atividade física quer no quotidiano, no trabalho, na forma como se deslocam (transporte) bem como a crescente urbanização (Marmot 2001; Venturini, Engroff *et al.* 2013; World Health Organization 2015_a).

O fenómeno em análise foi reconhecido como um importante problema de saúde pública em 1998 pela OMS (World Health Organization 2004) e que tem impacto quer nos países desenvolvidos quer em países em desenvolvimento (Carmo, Santos *et al.* 2006; Rezende, Rosado *et al.* 2006; Corte-Real, Balaguer *et al.* 2008; Santos e Pereira 2008).

A obesidade está associada a um elevado número de doenças tais como do foro cardiovasculares, cerebrovasculares, distúrbios metabólicos e musculo-esqueléticos, diferentes tipos de cancro, problemas do aparelho digestivo entre outras (Brito, Buzo *et al.* 2009; Chan e Woo 2010; World Health Organization 2015_a). Também podemos associar às pessoas com obesidade o estigma e discriminação social com grande impacto psicossocial nas suas vidas.

Segundo a OMS, a obesidade a nível mundial duplicou desde 1980 até 2014. Em 2014 mais de 1,9 biliões de adultos com 18 ou mais anos de idade estavam acima do peso recomendado (39%) e destes com maior expressão em mulheres (40%) comparativamente aos homens (38%). Segundo a mesma organização, dos 1,9 biliões de adultos, 600 milhões eram obesos (World Health Organization 2015_a).

Em geral, em 2014, 13% da população adulta a nível mundial era obesa e com maior expressão no grupo feminino (15%) face ao grupo masculino (11%) (World Health Organization 2015_a).

Segundo a OMS, em 2013, 42 milhões de crianças com 5 anos ou menos revelavam excesso de peso ou eram obesas. Este fenómeno que estava vez mais associado a países desenvolvidos (Venturim e Cade 2007) também está a ganhar expressão em países em desenvolvimento e em especial em ambientes urbanos (Sousa, Loureiro *et al.* 2010; World Health Organization 2015_a). Nestes países as taxas de excesso de peso ou obesidade na infância foi 30% superior ao que se observou nos países desenvolvidos (World Health Organization 2015_a).

Segundo a OMS o excesso de peso e a obesidade são fatores de risco para várias causas de morte comparativamente às pessoas que revelam peso normal ou baixo peso (World Health Organization 2015_a). Segundo a mesma organização, há uma relação linear positiva entre o IMC e a ocorrência de doenças crónicas degenerativas não transmissíveis com consequências para a população ao nível da perda de qualidade de vida, incapacidade e morte (Afonso e Sichieri 2002; Corte-Real, Balaguer *et al.* 2008; Silveira, Kac *et al.* 2009; Cavalcanti, Gonçalves *et al.* 2010; Sarturi, Neves *et al.* 2010; World Health Organization 2015_a).

No entanto, apesar dos estudos comprovarem que as pessoas obesas revelam um risco acrescido de morbilidade e mortalidade, não existe ainda uma verdadeira evidência do impacto das pessoas com excesso de peso numa pior qualidade de vida relacionada com a saúde (Santos e Pereira 2008; Romero, Ortiz *et al.* 2010).

Também Fontaine *et al.*, afirmam que as pessoas obesas estão mais propensas a situações desfavoráveis de saúde tais como distúrbios psicológicos e sociais bem como o aumento do risco de morte prematura e que de certa forma afetam a qualidade de vida das populações (Fontaine, Redden *et al.* 2003; Carmo, Santos *et al.* 2006).

O aumento deste fenómeno associado a mudanças nos padrões alimentares e de atividade física resultam também das mudanças ambientais e sociais associados ao desenvolvimento e à falta de políticas de apoio em sectores como a saúde, agricultura, transportes, organização urbana, meio ambiente, processamento de alimentos, distribuição, marketing e educação (World Health Organization 2015_a).

A obesidade sendo um fator de risco para inúmeras doenças e apresentando uma prevalência elevada, está associada a elevados custos como a redução de capacidade de trabalho bem como o consumo de recursos. Estes custos podem ser evitáveis com a monitorização e controlo desse problema de saúde (Santos e Pereira 2008).

Estudos sobre a prevalência de obesidade em crianças, adolescentes e adultos (USA) indicaram que a “Obesidade” é um distúrbio muito comum. Os autores, referem que 65% dos americanos possuíam até à data “excesso de peso” ou “obesidade” (Hedley, Ogden *et al.* 2004). Também se constatarem que há estudos que indicam uma associação entre a Obesidade e a presença de depressão major, (prevalência conjunta nos EUA foi de 10%) (Stunkard, Faith *et al.* 2003).

No entanto durante vários anos qualquer relação entre a obesidade e a depressão na população em geral era em grande parte coincidência. Segundo *Fitzgibbon et al.*, (1993) a resposta a essa coincidência resultou na dificuldade nos estudos da comunidade em procurar pessoas obesas e que se estejam a tratar (com muitas diferenças entre tratamento) face a pessoas obesas sem tratamento. No entanto, apesar destas dificuldades, foram identificadas relações entre as pessoas obesas que procuram tratamento da sua doença do foro psicopatológico (Stunkard, Faith *et al.* 2003).

Os determinantes mais marcantes da obesidade são os hábitos alimentares e atividade física como referido anteriormente e que podem desempenhar uma ligação entre a Depressão e a Obesidade (Stunkard, Faith *et al.* 2003). O trabalho de *Paluska & Schwenk* (2000) revelou que a inatividade física define a pessoa deprimida mas que também previra o ganho de peso (Stunkard, Faith *et al.* 2003).

Também os “*Transtornos Alimentares*” poderão medir a relação entre depressão e obesidade como experiência de compulsão alimentar (e os seus sentimentos associados de incontrolável de comer) pode promover depressão (Stunkard, Faith *et al.* 2003).

A presença de “*Stress*” também foi considerada mediadora porque as pessoas que se encontram deprimidas podem sofrer de um aumento de stress e que por sua vez podem promover excesso de peso (Obesidade) (Stunkard, Faith *et al.* 2003). Os autores afirmaram que uma dieta saudável e a realização de atividade física adequada são elementos fundamentais na prevenção ou diminuição do risco de obesidade. No entanto, quando o stress está presente este pode influenciar os hábitos de uma vida saudável promovendo a obesidade. Também os autores concluíram que o stress leva à depressão por via psicológica devido a determinados acontecimentos na vida das pessoas: luto, separação conjugal e emprego (Stunkard, Faith *et al.* 2003).

Em Portugal, conforme vem descrito no Programa Nacional de Combate à *Obesidade*, verifica-se que existe uma elevada prevalência de obesidade e que a taxa de crescimento anual é preocupante. A título de exemplo, pode-se referir que a prevalência média de pré-obesidade e obesidade em 2004 era, nas crianças dos 7 aos 9 anos, de cerca de 32%, com as raparigas a apresentarem valores superiores aos rapazes (Corte-Real, Balaguer *et al.* 2008). Estima-se que em Portugal 52,4% da população adulta apresente excesso de peso (IMC >25kg/m²), e que 13,8% sejam obesos (Carmo, Santos *et al.* 2006; Santos e Pereira 2008). Segundo as estatísticas do Programa Nacional de Combate à Obesidade têm revelado uma elevada prevalência nos últimos anos (Corte-Real, Balaguer *et al.* 2008).

A realidade portuguesa, segundo o 4.º INS (2006), veio a demonstrar nos habitantes que residiam no continente uma prevalência de obesidade 15,2% em indivíduos com 18 ou mais anos. No que diz respeito à prevalência e obesidade por sexo a mesma foi mais elevada no sexo feminino (15,9%) comparativamente ao grupo masculino (14,4%). No que diz respeito à distribuição deste

fenómeno por idade, constatou-se que independentemente do sexo os grupos etários com maior expressão de obesidade (>20%) foram entre os 45 e os 74 anos (INE e INSA 2009). De forma retrospectiva em Portugal Continental observou-se um acréscimo da prevalência de obesos entre 1999 (12,0%) e 2006 (15,2%). As regiões onde se registaram aumentos mais acentuados da prevalência de obesos entre 1999 e 2006 foram: Região Norte e a Região de Lisboa e Vale do Tejo (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Ao nível da região Centro de Portugal tem-se registado um aumento da proporção de adultos obesos (≥ 18 anos) na generalidade dos grupos etários ajustado por sexo entre 1999 a 2006 segundo o INS (Ministério da Saúde Português e Administração Regional de Saúde do Centro 2010).

Segundo as estatísticas produzidas com base no “*perfil nosológico*” da população da Região Centro do país realizado em 2005 constatou-se que 23,9% dos residentes eram obesos sendo este valor mais elevado nas mulheres (25,1%) comparativamente ao grupo do sexo masculino (22,3%). Também se constatara que 66,2% dos inquiridos revelaram ter “excesso de peso” (Ministério da Saúde Português e Administração Regional de Saúde do Centro 2010).

Também com base nas estimativas produzidas pelo INS 2005-06 onde se dividiram a população em dois grupos quanto ao IMC (grau I = $>25\text{kg/m}^2 \leq 27\text{kg/m}^2$; grau II = $>27\text{kg/m}^2 \leq 30\text{kg/m}^2$) constatara-se que a região Centro apresenta valores prevalentes superiores comparativamente às restantes regiões do Continente.

4.2.2.4 ATIVIDADE FÍSICA

Outro fator importante no estudo dos estilos de vida associado a comportamentos de risco é a condição de “*Atividade Física*”. A prática de atividade física é considerada como um elemento determinante dos estilos de vida saudáveis. Como afirmou Camões (2010) a atividade física é um determinante *major* de saúde.

Nas últimas décadas vários estudos epidemiológicos têm demonstrado a importância da relação da atividade física e a saúde e a sua importância para a manutenção e promoção desta (Haskell, Lee *et al.* 2007).

Segundo Assumpção *et al.*, o baixo nível de atividade física desenvolvido pelo homem contemporâneo é um fator decisivo e responsável pelo desenvolvimento no futuro de doenças crónicas degenerativas. É por essa razão que é necessário levar o indivíduo a incorporar a prática de atividade física na sua vida diária (Assumpção, Morais *et al.* 2002; Haskell, Lee *et al.* 2007).

O exercício físico, segundo as *guidelines* internacionais, compreende um conjunto sistemático e ordenado de exercícios (Haskell, Lee *et al.* 2007). O objetivo da realização de exercício físico

enquanto recomendação/prescrição centra-se na prática de atividade física regular permitindo maiores benefícios à saúde do indivíduo com menores riscos para o próprio e irá permitir aumentar o nível de atividade física habitual e não propriamente orientada para a maior eficiência física ou rendimento desportivo. A *atividade física*, enquanto definição, traduz-se como qualquer movimento voluntário que resulte em gasto energético maior do que os níveis de repouso (Assumpção, Morais *et al.* 2002; Camões 2010; World Health Organization 2015c). No entanto, o exercício físico enquadra-se no âmbito da atividade física associada à regularidade do mesmo, planeado, quer no tipo quer na duração e frequência, permitindo uma melhor aptidão física bem como desempenhar melhor as suas funções quotidianas sem que ponha em causa a sua integridade biopsicossocial.

No entanto, a aptidão física, segundo *Bouchard et al.*, (1990) classifica-a como um estado dinâmico de energia e vitalidade que permite ao indivíduo dentro das suas capacidades realizar as suas atividade de rotina diária e de lazer, conseguir ultrapassar momentos de crise imprevistos, sentir-se feliz e com alegria de viver e evitar contrair doença (Assumpção, Morais *et al.* 2002). Claro que esta visão de aptidão física reúne as características bio-fisiológicas responsáveis pela promoção da saúde. A mesma pode ser classificada como a reunião de um conjunto de atributos relacionados com a capacidade de realizar atividade física aumentando a aptidão cardiorrespiratória e muscular bem como a flexibilidade e o equilíbrio (Baptista 2010).

Segundo a OMS a atividade física regular de intensidade moderada que se caracteriza por desenvolver caminhadas, andar de bicicleta ou fazer desporto apresenta benefícios significativos para a saúde em geral (World Health Organization 2015c).

Segundo a mesma organização a realização de alguma atividade física é melhor do que não realizar nada. Uma atividade física insuficiente é considerada uma das 10 principais causas responsáveis de mortalidade global bem como associada ao aumento das doenças não transmissíveis com impacto na saúde em geral (World Health Organization 2015c). Segundo a OMS o risco de morte é 20 a 30% maior em pessoas que apresentam baixa atividade física comparativamente às pessoas que realizam atividade física suficiente.

Os benefícios da atividade física regular para a saúde (World Health Organization 2015c):

- i. Melhoria da aptidão cardiorrespiratória e muscular;
- ii. Melhoria da saúde óssea e funcionalidade;
- iii. Redução do risco de hipertensão, doença coronária, derrame, diabetes, cancro da mama e cólon bem como de depressão;
- iv. Redução do risco de quedas;
- v. Maior equilíbrio energético e controlo do peso.

Segundo as estatísticas a nível mundial, 81% dos adolescentes com idades entre 11 e 17 anos foram classificados com baixa atividade física (insuficiente) em 2010 (World Health Organization

2015_c). Quando avaliamos a população adulta com 18 ou mais anos cerca de 23% não eram suficientemente ativos em 2010 e com maior expressão no grupo feminino (27%) comparativamente ao grupo masculino (20%). Estes valores revelam ser diferentes entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento: 26% dos homens e 35% das mulheres foram classificadas como insuficientemente ativos (países desenvolvidos) enquanto nos países em desenvolvimento (*baixa renda*) foi bastante inferior (homens 12% e 24% em mulheres) (World Health Organization 2015_c).

Segundo a OMS, a maior frequência de pessoas com baixa atividade física, pode ser explicada pelo comportamento sedentário no tipo de trabalho que as pessoas desenvolvem, quer na sua atividade laboral ou em casa, e com o aumento do uso de transportes (privado ou público) no quotidiano das populações como também pode ser associado a fatores ambientais ligados às cidades (urbanização), tais como o medo da violência e criminalidade, tráfego de alta densidade, baixa qualidade do ar, poluição, falta de parques e outras estruturas físicas para a prática de desporto (World Health Organization 2015_c).

As doenças crónicas não transmissíveis como as cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemias e a incapacidade funcional são importantes fatores de morbilidade mortalidade entre adultos e idosos com baixa ou inexistência atividade física (Shepard 1990; Coelho e Burini 2009). De acordo com os autores Barreto, et al., estima-se que 75% dos novos casos de doenças crónicas poderiam ser preditas pelo tipo de dieta alimentar e o sedentarismo (Barreto, Pinheiro *et al.* 2005).

No estudo de Adler, Boyce et al. identificaram uma relação em que a “atividade física” e “obesidade” estão associados positivamente com resultados pobres de estado de saúde (Adler, Boyce *et al.* 1994).

Face ao exposto, os adultos que realizam mais de 30 minutos/dia ou mais de 60 minutos/dia no caso dos jovens de atividade física os benefícios para a saúde estão associados à prevenção da obesidade bem como das doenças cárdio-metabólicas e da saúde óssea (Baptista 2010).

Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N. (2001) e *Erlichman, J., Kerbey, A.L. James, W.P.* (2002) provaram que doentes com doenças cardiovasculares, devidamente controlados, ao aderirem ao um programa de Atividade Física regular resultou numa diminuição do risco de morte em 25% (Alves, Montenegro *et al.* 2005).

Também *Groot et al.* (2004), *Prentice et al.*, (2004) e *Lees & Booth* (2004) em estudos de base epidemiológica relataram a importância da atividade física, aptidão física associada à Saúde (Alves, Montenegro *et al.* 2005). Por outro lado, tanto *Blair et al.*, (1995) como *Erikssen et al.* (1998) provaram que, em adultos de meia-idade, melhorar a “*aptidão física*” proporcionava uma redução de 50% do risco de morte por todas as causas (Alves, Montenegro *et al.* 2005).

A inatividade física tem um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas como também tem um risco acrescido para as mesmas de vir a sofrer de obesidade, hipertensão arterial, doença cardiovascular, diabetes, osteoporose, entre outras patologias (Adler, Boyce *et al.* 1994; Sarturi, Neves *et al.* 2010).

Vários são os estudos que têm dado relevância a estes factos em diferentes classes de idade na população em geral. Num estudo sobre a Obesidade, Atividade Física, Aptidão cardiorrespiratória e fatores de risco cardiovasculares em jovens adolescentes constataram que os indivíduos que foram classificados como fisicamente ativos e níveis adequados de aptidão cardiorrespiratória reduziu o risco de apresentar excesso de peso ou obesidade (Silva, Aires *et al.* 2010).

Também um estudo desenvolvido na população adulta com idades compreendidas entre os 21 e 70 anos de idade, demonstrou de forma significativa que as pessoas que tinham um perfil de vida sedentário apresentaram um risco acrescido de obesidade face às pessoas que tinham um estilo de vida ativo [OR:3,47; IC(95%):1,53-7,91] (Rezende, Rosado *et al.* 2006).

Segundo OMS (2002) quanto à *Atividade Física*, Portugal era um dos países com piores resultados quanto a este tipo de estilo de vida, pois, 70% dos portugueses não eram ativos fisicamente. Analisando por sexo, as mulheres eram menos dadas à prática de desporto com regularidade comparativamente aos homens (Corte-Real, Balaguer *et al.* 2008).

110 O Plano Nacional de Saúde 2012-2016, citando as estatísticas do Eurobarómetro sobre desporto e atividade física, indicou que 55% da população portuguesa (continente e ilhas) não tinham por hábito praticar desporto/exercício físico e que só 11% faziam-no raramente (Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Das pessoas que realizavam atividade desportiva de forma regular (pelo menos 5 vezes por semana) só 9% de pessoas é que o faziam e destes 24% eram do sexo masculino e que se encontravam na faixa etária dos 15 e os 24 anos. Também podemos indicar que 24% das pessoas praticavam exercício com alguma regularidade (1-2 ou 3-4 vezes por semana). No que diz respeito a atividades desportivas organizadas (futebol, basquetebol, etc.) 17% dos portugueses indicaram fazê-lo regularmente e 31% com alguma regularidade (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

As pessoas que praticavam atividade física ou desporto quando questionadas quanto à(s) razão(ões) para as referidas práticas 65% apontou para a “*melhoria do estado de saúde*” (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

No que diz respeito ao nível dos países da União Europeia, Portugal revelou uma prevalência de pessoas que não realizam qualquer atividade física (36%) bastante superior à média dos restantes países da Europa (14%). Também viemos a constatar que 33% dos portugueses praticam 1 vez por semana desporto ou atividade física o que revelou estar abaixo da média europeia dos 5 melhores valores da Europa que foi de 64% (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Segundo os dados do relatório sobre o “Perfil de Saúde da Região Centro” as pessoas que praticavam exercício físico, enquanto fator de proteção contra o desenvolvimento das doenças crónicas, foi mais elevado em pessoas que residiam em zonas litorais (Ministério da Saúde Português e Administração Regional de Saúde do Centro 2010).

Segundo a *Task Force on Community Preventive Services* (2001) a maioria das pessoas continuam a ter uma vida sedentária enquadrando o exemplo da realidade dos EUA, 54% dos Adultos não têm por hábito realizar atividade física de forma regular e perfil semelhante ocorreu em jovens adolescentes onde mais de metade dos adolescentes levam vida sedentária, com maior expressão no grupo do sexo feminino (Alves, Montenegro *et al.* 2005).

Vários são os estudos que comprovam a relação entre uma “boa condição de saúde” e a realização de “atividade física” (Adler, Boyce *et al.* 1994). Uma boa aptidão física e um bom estado de saúde dependem da quantidade de atividade física realizada, ou seja, o risco de sofrer de doenças degenerativas precoces é muito maior em pessoas que não praticam exercício físico ou que revelam atividade física excessiva (Coelho e Santos 2006).

No estudo de base populacional (*Allegheny County* - 1981) sobre a relação entre a “atividade física” e o “status socioeconómico” confirmara-se, num total de 917 pessoas, através de um inquérito sobre o grau de atividade física⁸, que nos diferentes “status económicos” as pessoas em estudo, o nível de atividade física associava-se de forma negativa com a idade. Também se constatara, entre os diferentes “status económicos” que eram os homens que revelaram ter um maior nível de atividade face às mulheres. Em especial, as pessoas (homens e mulheres) que pertenciam a status económicos mais elevados eram as que indicaram, em maior número, praticar atividade física comparativamente a níveis económicos mais baixos. Os autores do estudo de *Allegheny County* (Pensilvânia) concluíram que o status socioeconómico influencia as diferentes manifestações de atividade física (Cauley, Donfield *et al.* 1991).

Um estudo realizado nos EUA com uma população eminentemente urbana, veio a constatar-se uma relação entre a “Atividade Física e o nível socioeconómico” da população. Foram as mulheres de status socioeconómico mais elevados que passavam mais tempo em momentos de lazer, relacionados ao trabalho, de uso doméstico e de atividade física do que as suas homólogas de menor status socioeconómico. No que diz respeito ao grupo masculino estes revelaram diferenças qualitativas na atividade física consoante o nível socioeconómico: os homens de status socioeconómicos mais baixos gastavam muito mais tempo fazendo tarefas domésticas e caminhadas, enquanto homens de maior status socioeconómico passavam mais tempo envolvido em atividade física de lazer (Adler, Boyce *et al.* 1994).

⁸ Inquérito Paffenbarger aplicado a pessoas de raça branca.

Um dos exemplos foi apresentado no estudo de *Schneider & Greenberg* (1991) em que as pessoas tinham por hábito a prática de ténis, em andar ou correr revelaram menores comportamentos de risco para a saúde, como por exemplo obesidade, tabagismo, consumo excessivo de álcool e a não utilização de cinto de segurança (Coelho e Santos 2006).

Também a obesidade e a inatividade física/sedentarismo são condições cada vez mais vincadas nas sociedades atuais (Alves, Montenegro *et al.* 2005).

Os benefícios que a prática de actividade física tráz à saúde das populações, segundo *Task Force on Community Preventive Services* (2001) e *Erlichman, J., Kerbey, A.L. James, W.P.* (2002) uma diminuição do risco de aterosclerose, angina, enfarte do miocárdio, doença vascular cerebral e a controlar o IMC, a HTA, Diabetes, Osteoporose e Colesterol bem como a diminuição do risco afeções osteomusculares e de alguns tipos de cancro (colo e mama). Também afirmaram que a Atividade Física permitirá controlar a Ansiedade e a Depressão como também a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Asma “*além de proporcionar melhor auto-estima e ajuda no bem-estar e socialização do cidadão* (Alves, Montenegro *et al.* 2005).

A atividade física também pode ajudar a uma maior promoção da saúde e do bem-estar em pessoas que se encontram num processo de ajustamento/adaptação à doença crónica e ao seu tratamento. Neste caso em específico onde esse resultado foi observado como positivo em doentes obesos submetidos a cirurgia (Azevedo 2010).

O *sedentarismo* é cada vez mais um grande determinante da ocorrência de problemas de saúde, mas com especial ênfase para as doenças cardiovasculares como as doenças cardíacas isquémicas e os acidentes vasculares cerebrais. A hipertensão⁹ que também resulta de um estilo de vida inativo como também de outros fatores é também classificada como doença e responsável no desenvolvimento de outras patologias cardiovasculares tais como o enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, etc. (União Europeia 2003).

Apesar de alguma controvérsia na literatura entre a prática desportiva na adolescência e a sua relação na continuação de realização de atividade física na vida adulta (Alves, Montenegro *et al.* 2005) tem despertado interesse principalmente na diminuição de determinados riscos de saúde de que os adultos possam vir a sofrer.

Também num estudo sobre atividade física e aptidão na adolescência e a vida adulta concluiu-se que a realização de atividade física vai diminuindo com a transição da adolescência para a vida adulta e que os possíveis fatores responsáveis para esse mesmo sedentarismo seriam: “pais inativos fisicamente, escolas sem atividades desportivas, sexo feminino, residir em área urbana, TV no quarto da criança (Malina 2001).

⁹ Conduz ao endurecimento das artérias.

4.2.2.5 HÁBITOS ALIMENTARES

A OMS define nutrição como a ingestão de alimentos adequada às necessidades nutricionais do ser humano. A junção de uma dieta equilibrada (boa nutrição) e atividade física regular é a base da construção de uma vida mais saudável (World Health Organization 2015_d).

Segundo as recomendações internacionais as boas práticas alimentares devem iniciar-se desde o período da amamentação. Esta, segundo a OMS, é promotora de um crescimento saudável, desenvolvimento cognitivo e com benefícios a longo prazo ao nível da saúde, em especial, com menor risco de sofrer de obesidade ou de excesso de peso bem como no desenvolvimento de doenças não transmissíveis mais tarde (World Health Organization 2015_e).

No entanto, a alimentação equilibrada, diversificada e saudável deve ter em conta as necessidades individuais tendo em atenção à idade, o sexo, o estilo de vida e o grau de atividade física, bem como o contexto cultural (hábitos e costumes) como também a disponibilidade de alimentos locais para o consumo (World Health Organization 2015_e).

Contudo, a dieta alimentar é influenciada por muitos fatores e de interações complexas. Os fatores que mais contribuem para a dieta alimentar são as condições socioeconómicas, preço dos alimentos com impacto na disponibilidade e acessibilidade aos mesmos, preferência e costumes, tradições culturais, fatores ambientais, geográficos e sociais (Wilkinson e Marmot 2003; World Health Organization 2015_e).

Os maus hábitos alimentares terão um elevado impacto no estado nutricional do ser humano influenciando o desempenho intelectual e físico mas também um dos principais fatores de risco para a ocorrência de doenças crónicas degenerativas e de menor imunidade (Coelho e Santos 2006; Tardido e Falcão 2006; World Health Organization 2015_d).

Os homens revelam ter uma maior predisposição para o desenvolvimento de doenças crónicas degenerativas comparativamente às mulheres quando estamos perante determinados estilos de vida, como uma má alimentação (Coelho e Santos 2006; Tardido e Falcão 2006).

Segundo *Kvaavik et al.* (2003) demonstraram que a condição de IMC observado na adolescência tende a manter-se na vida adulta como também a HTA (Alves, Montenegro *et al.* 2005).

Os hábitos alimentares segundo *Santos et al.*, têm um elevado impacto nas mudanças fisiológicas associadas à idade e ao desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis. Os autores abordam a realidade dos idosos em que afirmam que a condição de saúde e a qualidade de vida depende não só dos hábitos alimentares, da idade e de outras alterações biológicas mas também associada a determinados estilos de vida que podem interferir com a mesma tais como os hábitos tabágicos e a prática de desporto (Santos e Sichieri 2005).

Quando falamos do tipo de dieta quanto às suas características qualitativas e a ocorrência de doença crónica cada vez mais surge a evidência desta relação com as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, cancro e obesidade (Buzzachera, Krause *et al.* 2008).

Também não podemos deixar de referir que um mundo cada vez mais global, quer industrial quer economicamente, e não só, tem um papel determinante nos hábitos alimentares que as populações adotam. Em especial, nas grandes cidades, onde as pessoas vivem numa economia de tempo e procuram refeições rápidas com elevado teor de gorduras e hidratos de carbono e de custo mais barato que pode ter grande impacto na saúde das pessoas, em especial naquelas que sofrem de determinadas doenças crónicas (diabetes, doença cardíaca, obesidade, etc.) (Brito, Buzo *et al.* 2009).

Os índices de obesidade e excesso de peso estão provavelmente mais associados a modificações nos hábitos alimentares, onde menos se privilegia a alimentação do tipo mediterrânica a favor de alimentos ricos em ácidos gordos saturados, menor consumo de hidratos de carbono complexos, excesso de consumo de bebidas açucaradas, carne e ovos (Gouveia, Pereira-da-Silva *et al.* 2007; World Health Organization 2015_e).

Perante os *estilos de vida* (comportamentos de risco) que foram referidos anteriormente, e que são aqueles que maior impacto na saúde das populações segundo a OMS, são responsáveis pela maioria das doenças crónicas não transmissíveis.

Os estilos de vida não saudáveis (hábitos tabágicos, dieta alimentar pouco saudável, sedentarismo, consumo excessivo de álcool) são, na maioria dos estudos, responsáveis pelas doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes e como consequência associadas às maiores taxas de morbilidade e mortalidade a nível global. Também as condições em que as pessoas vivem (habitação e local), trabalham e os seus respetivos estilos de vida são determinantes da sua saúde e da sua qualidade de vida. A OMS assume como meta de prevenção e controlo das doenças crónicas não transmissíveis entre os anos de 2013 e 2020 a redução significativa de vários tipos de doenças que têm impacto na mortalidade prematura a nível mundial (World Health Organization 2013).

☞ Parte II – Investigação Empírica

1. METODOLOGIA DE ESTUDO

1.1 PERSPETIVA CONCEPTUAL DA INVESTIGAÇÃO

A segunda parte da nossa tese incidiu na descrição dos objectivos de investigação (gerais e específicos), dos locais de recolha de dados, da natureza do estudo e da duração do mesmo, bem como o período de recolha de dados.

Também realizamos uma descrição pormenorizada do tipo e técnica de amostragem em relação à população alvo, critérios de inclusão e exclusão e estimação de uma amostra representativa bem como os métodos de recolha de informação aplicados no terreno.

Descrição dos instrumentos de recolha de dados, estrutura do questionário de saúde e estratégias estatísticas na análise dos dados.

A secção da análise dos resultados seguiu a orientação dos objetivos de investigação. A organização metodológica e analítica desta secção bem como a apresentação sistemática dos resultados versaram sobre quatro eixos que passamos a descrever:

PARTE I – Caracterização sociobiográfica, descrição da frequência e o padrão de comportamentos de saúde e de doença, estilos de vida, hábitos e costumes.

PARTE II – Com base nos indicadores de contexto, de saúde e respetivos estilos de vida (determinantes) propusemos nesta fase da investigação explorar o impacto de cada um deles na percepção de estado de saúde no momento presente.

PARTE III – Identificação dos perfis de estado de saúde subjectiva nos habitantes do concelho de Coimbra. Nesta fase da investigação procuramos estabelecer modelos de predição que estavam assentes em diferentes indicadores e determinantes de saúde e nos permitissem definir um perfil de saúde/doença da população adulta do referido concelho.

PARTE IV – Compreender e estabelecer uma relação temporal de eventos (comportamentos, estilos de vida na adolescência) que de certa forma possam estar interligados com a percepção geral de estado de saúde na atualidade.

Por fim, esta parte da tese encerra a secção discussão e conclusão do estudo.

1.2 OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A investigação epidemiológica, por natureza, é uma entidade empírica, baseada na recolha sistemática e na quantificação de informações sobre os eventos relacionados com a saúde das populações.

Foi com base neste propósito de investigação e de estratégia metodológica que nos norteamos para compreender o presente enquanto estado de saúde da população. A preocupação em avaliar cada vez mais a qualidade de vida das pessoas irá contribuir de forma empírica e cientificamente para o aumento do conhecimento dos determinantes responsáveis pela saúde e para que no futuro se possa prevenir a ocorrência de novas doenças ou outros eventos ou estados negativos para a saúde aumentando a sobrevivência e melhoria da saúde e da sua qualidade de vida das populações.

Na *I fase* do estudo o *objetivo geral* foi:

Descrever a população alvo do concelho de Coimbra quanto aos indicadores e determinantes de saúde tais como estilos de vida, hábitos e costumes bem como as características sociobiográficas que os caracterizam.

118

Em relação aos *objetivos específicos* propusemo-nos:

- a) Avaliar a distribuição dos indicadores de contexto (caraterísticas sociobiográficas) na população adulta.
- b) Descrever os hábitos e estilos de vida no presente (vida adulta).
- c) descrever o tipo e a frequência da doença e comportamentos de saúde (cuidados e vigilância).
- d) Descrever o estado atual de saúde dos indivíduos ao nível da sua condição física, psicossocial e ambiental associado aos diferentes indicadores e determinantes de saúde.

Na *II fase* do estudo o nosso *objetivo geral* foi:

Avaliar a relação e impacto dos diferentes indicadores e determinantes de saúde na perceção do estado de saúde na população adulta do concelho de Coimbra.

Em relação aos *objetivos específicos* desta fase do estudo propusemo-nos:

- a) Avaliar o impacto dos indicadores de contexto na perceção do estado geral de saúde na vida adulta.
- b) Avaliar o impacto dos indicadores de saúde na perceção do estado geral de saúde na vida adulta.
- c) Avaliar o impacto dos determinantes de saúde na perceção do estado geral de saúde na vida adulta.

Na *III fase* do estudo o nosso *objetivo geral* foi:

Compreender, de forma multivariada, o impacto dos diferentes indicadores e determinantes (saúde e de contexto) que melhor contribuem para a definição de um perfil de estado de saúde na população adulta do concelho de Coimbra no momento presente.

Como *objetivos específicos* norteadores do nosso estudo nesta fase foram:

- a) Avaliar o contributo de um conjunto de ***indicadores de contexto*** na identificação de um perfil de estado de saúde.
- b) Avaliar o contributo de um conjunto de ***indicadores de saúde*** na identificação de um perfil de estado de saúde.
- c) Avaliar o contributo de um conjunto de ***determinantes de saúde*** na identificação de um perfil de estado de saúde.

Por último, na *fase IV* do estudo propusemos como *objetivo geral*:

Estudar a associação quer de forma univariada, bivariada e multivariada de fatores sociais, comportamentais e ambientais referentes ao passado dos participantes e compreender de que forma esses mesmos fatores poderão refletir, enquanto determinantes, o estado atual de saúde e de doença da população em estudo.

119

Os *objetivos específicos* desta *fase* do estudo foram:

- a) Compreender a distribuição de determinados indicadores e determinantes de saúde referentes ao período de vida da adolescência.
- b) Compreender e identificar os hábitos de vida e comportamentos de saúde e de doença (risco) no passado (adolescência) e sua relação com o presente.

1.3 LOCAL DE ESTUDO

O local de estudo onde incidiu a nossa recolha de dados foi no concelho de Coimbra mais propriamente nas 31 freguesias que o caracterizam. Propusemos uma breve descrição geográfica do referido concelho.

O concelho de Coimbra geograficamente pertence à denominada Região Centro de Portugal. A cidade de Coimbra é a sede de município com 319,41km² de área e cerca de 143 052 habitantes (INE 2012). Como referido anteriormente apresentamos o concelho subdividido pelas 31 freguesias (figura 1) e nas quais foram realizadas recolhas de dados para o nosso estudo:

O município é limitado a norte pelo município de Mealhada, a leste por Penacova, Vila Nova de Poiares e Miranda do Corvo, a sul por Condeixa-a-Nova, a oeste por Montemor-o-Velho e a noroeste por Cantanhede. A cidade dispõe de um aeródromo municipal que assegura algumas ligações de âmbito regional (Aeródromo Bissaya Barreto) e ligação marítima, graças à proximidade com o porto da Figueira da Foz, que é o porto que serve a cidade de Coimbra. No Centro da espinha dorsal do país, Coimbra tem uma localização estratégica com ligação



Figura 2: Mapa geográfico do concelho de Coimbra

rodoviária à autoestrada A1 que a liga ao norte e ao sul do país e também à A14 com ligação à vizinha cidade da Figueira da Foz. A cidade também é servida pelo IP3 e pelo IC2 e, futuramente pelo IC3. Existem também uma circular interna e uma circular externa que envolvem a cidade. De acordo com a 8ª (2008) deliberação da

Quadro 1: Identificação da freguesia, da tipologia, n.º de habitantes e área geográfica das freguesias concelho de Coimbra

IDENTIFICAÇÃO DA FREGUESIA	TIPOLOGIA	N.º DE HABITANTES (CENSOS, 2011)	ÁREA (Km²)
1. ALMALAGUÊS	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	3.120	23,2
2. ALMEDINA	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	927	1,0
3. AMEAL	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	1.686	11,3
4. ANTANHOL	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	2.549	9,8
5. ANTUZEDE	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	2.291	8,1
6. ARZILA	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	654	3,4
7. ASSAFARGE	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	2.722	9,7
8. BOTÃO	ÁREA PREDOMINANTEMENTE RURAL	1.588	17,3
9. BRASFEMES	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	1.974	9,2
10. CASTELO VIEGAS	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	1.707	7,5
11. CEIRA	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	3.728	12,4
12. CERNACHE	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	3.929	19,2
13. EIRAS	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	12.075	9,8
14. LAMAROSA	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	2.072	16,3
15. RIBEIRA DE FRADES	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	1.927	5,9
16. SANTA CLARA	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	9.908	10,2
17. SANTA CRUZ	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	5.678	5,6
18. SANTO ANTÓNIO DOS OLIVAIS	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	38.850	19,3
19. SÃO BARTOLOMEU	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	631	0,2
20. SÃO JOÃO DO CAMPO	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	2.073	7,9
21. SÃO MARTINHO DA ÁRVORE	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	1.012	4,6
22. SÃO MARTINHO DO BISPO	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	13.999	18,7
23. SÃO PAULO DE FRADES	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	5.801	15,0
24. SÃO SILVESTRE	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	3.133	10,3
25. SÉ NOVA	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	6.722	1,6
26. SOUSELAS	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	3.102	15,7
27. TAVEIRO	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	1.961	9,6
28. TORRE DE VILELA	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	1.243	3,3
29. TORRES DO MONDEGO	ÁREA MEDIAMENTE URBANA	2.401	16,7
30. TROUXEMIL	ÁREA PREDOMINANTEMENTE URBANA	2.719	7,2
31. VIL DE MATOS	ÁREA PREDOMINANTEMENTE RURAL	870	9,6

da Secção Permanente de Coordenação Estatística Publicada no Diário da República, 2ª série, n.º 188, as freguesias foram classificadas em áreas predominantemente urbanas, mediantemente urbanas e predominantemente rurais. Esta classificação de freguesias teve o seu início de vigência a 28 de setembro de 2009. Desta forma, Coimbra possuía 15 freguesias predominantemente urbanas, 14 freguesias mediantemente urbanas e 2 eram predominantemente rurais (Quadro 1).

1.4 NATUREZA DO ESTUDO

Para dar resposta aos objetivos (gerais e específicos) anteriormente delineados podem ser utilizadas, de forma genérica, duas estratégias metodológicas segundo o tipo de estudo que realizamos. A primeira recorre ao tipo de estudo Observacional e a segunda estratégia ao tipo de estudo Experimental. Enquanto no primeiro tipo de estudo o investigador apenas pode observar a existência de doença na população, descrever fatores de risco previamente conhecidos ou outros tipos de acontecimentos. De referir que o investigador não controla ou manipula a exposição a fatores de risco mas observa a situação concreta, recolhe e analisa os respetivos resultados apesar de não estabelecer uma relação de causa e efeito (Bloch e Coutinho 2002; Aguiar 2007; Mausner e Kramer 2007).

No segundo grande tipo de estudo o investigador alicerça a sua investigação com base nos modelos básicos da investigação em outras ciências. Permite ao investigador neste tipo de estudo estabelecer a associação causal de um fator com uma doença com mais segurança do que os estudos do tipo observacionais (Fletcher, Fletcher *et al.* 2006; Mausner e Kramer 2007).

Face ao exposto, o nosso estudo classifica-se, quanto ao desenho de investigação, do tipo *Observacional*.

Quanto à natureza do tipo de estudo a estratégia de observação foi, numa primeira fase Seccional (Transversal) na avaliação de determinados parâmetros sociais, antropométricos, clínicos, etc. Segundo a literatura, nos estudos de natureza transversal, as características individuais das populações, as causas (risco ou proteção), comportamentos, estilos de vida, bem como as doenças, são recolhidos ao mesmo tempo mas não procuram estabelecer uma sequência temporal de acontecimentos que permitam estabelecer uma relação de causalidade e desfecho (Mausner e Bahn 1999; Mausner e Kramer 2007; Gordis 2011).

Nesta primeira fase da nossa investigação apresentou-se um registo de “*estudo descritivo*” onde procuramos avaliar a frequência e a distribuição de determinados indicadores de saúde, de características de contexto da população e de doenças (crónicas ou não) no momento presente dos habitantes do concelho de Coimbra. Esta metodologia de investigação alicerçou-se no mapear de informações importantes que caracterizam a comunidade segundo as pessoas, o lugar e o tempo (Mausner e Kramer 2007).

Posteriormente desenvolveu-se um estudo de *natureza analítica* (segunda fase) onde se procurou estudar mais profundamente o perfil de estados de saúde da população em função de determinantes de saúde/doença. Esta linha de investigação designada por “*Analítica*” procura em concreto compreender como a frequência da doença, ou outros tipos de desfechos possam ser explicados por características endógenas ou exógenas (determinantes) de cada indivíduo (Jekel, Katz *et al.* 2005; Mausner e Kramer 2007).

Por fim, realizou-se, na terceira fase do nosso estudo, uma análise *Retrospectiva* para avaliação de determinados indicadores de risco/proteção de saúde vivenciados no tempo passado da população em estudo. Neste momento procurou-se estabelecer a relação de um determinado perfil ou estado de saúde da população no presente associado a um ou mais fenómenos que lhes foram anteriores (Jekel, Katz *et al.* 2005).

1.5 DURAÇÃO DO ESTUDO E O PERÍODO DE RECOLHA DE DADOS

A duração do estudo foi de 5 anos letivos (2009/2010 a 2013/2014). No que diz respeito ao período de recolha de dados, este dividiu-se em duas fases distintas:

A primeira em 2011 com a realização de pré-testes do questionário de morbilidade junto da população em estudo. Este período foi, sensivelmente, de 3 meses consecutivos (janeiro a março). Numa segunda fase, após a preparação das equipas que foram definidas para administração do questionário de saúde, a recolha de dados iniciara-se em outubro de 2011 e terminara em março de 2013.

1.6 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA

A população de estudo compreendeu os habitantes (residentes) do concelho de Coimbra distribuídos por 31 freguesias.

Como critério de seleção dos habitantes a serem estudados estes teriam que ser adultos com 35 ou mais anos, de ambos os sexos e residentes numa das 31 freguesias do Concelho de Coimbra. Consideramos como *população adulta*, segundo a literatura, as pessoas com 30 ou mais anos de idade. A escolha da idade adulta iniciar aos 35 anos baseou-se na distribuição por classes de idade segundo o último Inquérito Nacional de Saúde de 2005-2006 (INE e INSA 2009).

Tendo como referência o desenho de estudo anteriormente definido tivemos que identificar três dimensões fundamentais no que diz respeito à forma como seriam estudados os nossos inquiridos: a) a estratégia de observação da população; b) esquema de seleção dos habitantes para a formação de uma amostra representativa e c) identificação da unidade de observação (Medronho, Carvalho et al. 2002).

a) *A estratégia de observação*: o modo como se observa as populações na investigação epidemiológica distingue os diferentes desenhos de estudos observacionais, isto é, cada população apresenta uma dinâmica própria na qual os indivíduos adoecem, curam-se, morrem ou expõem-se a fatores de risco. A estratégia de observação implementada foi *seccional* porque só se realizou uma observação (avaliação pontual no tempo) dessa população, isto é, as informações recolhidas referem-se a um só momento (Medronho, Carvalho et al. 2002).

b) O *esquema de seleção*: a população do concelho de Coimbra não foi incluída no estudo na sua totalidade mas sim uma fração da mesma com base na estimativa de uma amostra representativa dessa população. O esquema de seleção adotado foi do tipo *esquema incompleto* (Medronho, Carvalho et al. 2002).

c) A *unidade de observação/análise*: indica-nos a que nível as informações serão recolhidas e analisadas (Medronho, Carvalho et al. 2002). Quanto ao nosso estudo, estas foram ao nível individual.

Com base nestas informações o processo de amostragem estabelecido foi do *tipo não probabilístico* com uma *técnica de amostragem por quotas*. O processo de amostragem do tipo não probabilístico é indicador que nem todos os nossos habitantes tiveram a mesma oportunidade de serem incluídos no estudo (não estava assumido um dos princípios básicos da teoria das probabilidade) apesar de podermos ter amostras representativas da população em estudo (Marôco 2003).

Quanto à técnica de amostragem por quotas, assumiu-se o princípio da não aleatoriedade das amostras mas que as mesmas representassem proporcionalmente uma determinada característica da população (Marôco 2003; Pestana e Gageiro 2005).

O passo seguinte foi determinar o tamanho da amostra necessário para que possamos dar resposta aos objetivos, quer gerais quer específicos, de investigação anteriormente apresentados (Mausner e Kramer 2007). Face ao exposto, para a determinação da amostra final a ser estudada foram tidos em conta os seguintes princípios:

Numa primeira fase para a definição da amostra procuramos conhecer a prevalência da “*perceção do estado de saúde*” da população do concelho de Coimbra. Para a avaliação deste indicador de estado de saúde tivemos por base o relatório publicado em 2009 referente ao *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006* (INE e INSA 2009) que abrangeu todos os habitantes da região Centro de Portugal. Segundo o mesmo relatório, a população da região Centro residente em 2005/2006 era de 1.792.496 habitantes. Para a estimação do parâmetro (*P*) consideraram-se os residentes com uma auto-apreciação do estado de saúde “*positiva*”. Esta apreciação positiva abrangeu os residentes que pontuaram a sua saúde como “*Muito Bom ou Bom*” e “*Razoável*”.

Segundo o INS a “*auto-apreciação do estado de saúde*” classificada de forma “*positiva*”, na população da região Centro foi de 81,84% dos residentes (“*Muito Bom ou Bom*” foi de 46,8% e de “*Razoável*” em 35,04%) o que em termos absolutos correspondia a 1.467.003 habitantes (INE e INSA 2009). O relatório publicado referente ao último inquérito de saúde não apresentara nenhum valor (estimativa) do parâmetro em estudo para a população do concelho de Coimbra. Face ao exposto optou-se pela estimativa anteriormente apresentada para o cálculo da amostra final para o concelho de Coimbra.

Quando ajustamos a “*auto-apreciação do estado de saúde*” à população residente da região Centro com idades iguais ou superiores a 35 anos verificamos que o número total de habitantes foi de 1.056.907 indivíduos.

A “*auto-apreciação do estado de saúde*” de forma positiva, face à totalidade da População com 35 anos ou superior foi de 71,39%. Esta proporção ficou constituída por 27,63% quando os habitantes classificaram a sua saúde como *Muito Bom ou Bom* e 43,76% como *Razoável* (INE e INSA 2009).

A identificação da população do estudo dos residentes do concelho de Coimbra baseou-se nas estatísticas censitárias de 2011. Segundo estes, a totalidade da população (Quadro 2) do concelho era de 143.052 habitantes (Câmara Municipal de Coimbra e Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra 2008).

Quadro 2: Distribuição dos residentes do concelho de Coimbra por freguesia

FREGUESIAS DO CONCELHO DE COIMBRA	N.º DE HABITANTES CENSOS 2011
1. Almalaguês	3120
2. Almedina	927
3. Ameal	1686
4. Antanhol	2549
5. Antuzede	2291
6. Arzila	654
7. Assafarge	2722
8. Botão	1588
9. Brasfemes	1974
10. Castelo Viegas	1707
11. Ceira	3728
12. Cernache	3929
13. Eiras	12075
14. Lamarosa	2072
15. Ribeira de Frades	1927
16. Santa Clara	9908
17. Santa Cruz	5678
18. Santo António dos Olivais	38850
19. São Bartolomeu	631
20. São João do Campo	2073
21. São Martinho da Árvore	1012
22. São Martinho do Bispo	13999
23. São Paulo de Frades	5801
24. São Silvestre	3133
25. Sé Nova	6722
26. Souselas	3102
27. Taveiro	1961
28. Torres de Vilela	1243
29. Torres do Mondego	2401
30. Trouxemil	2719
31. Vil de Matos	870
Total	143.052

Fonte: CMC e FSTUC, 2008.

Para a estimação da amostra final também houve a necessidade de conhecer o número de habitantes por freguesia para a estratificarmos. A seguinte fórmula foi a utilizada para a mesma estimação (Martins 2006):

$$n = \frac{\sum_{i=1}^k \left(\frac{N_i^2 \hat{p}_i (1 - \hat{p}_i)}{w_i} \right)}{N^2 D + \sum_{i=1}^k N_i \hat{p}_i (1 - \hat{p}_i)}$$

Legenda: \hat{p}_i é a estimativa da verdadeira proporção do estrato i ($\hat{p}_i = 0,714$); $D = d^2/Z^2$ onde d = erro amostral, expresso em decimais (0,05) e Z Abcissa da distribuição normal padrão ($Z_{\alpha/2} = 1,960$); $w_i = n_i/N$.

Após a distribuição dos habitantes por freguesia (quadro 1) calculou-se o número total amostral tendo em conta a proporção de habitantes de cada freguesia. A amostra final ficou constituída por 313 residentes e que foram distribuídos pelas 31 freguesias do Concelho ($f_i \times n$).

O quadro seguinte resume o número de habitantes das 31 freguesias do concelho a inquirir bem

como a proporção absoluta de pessoas que foram inquiridas. Face ao exposto a amostra final ficou constituída por 1214 pessoas o que revelou ser bastante superior à estimativa inicialmente calculada.

Quadro 3: Distribuição dos residentes do concelho de Coimbra por freguesia

FREGUESIAS DO CONCELHO DE COIMBRA	N.º HABITANTES A INQUIRIR	N.º HABITANTES INQUIRIDOS
1. Almalaguês	6,82	25
2. Almedina	2,03	5
3. Ameal	3,69	53
4. Antanhol	5,57	19
5. Antuzede	5,01	10
6. Arzila	1,43	61
7. Assafarge	5,95	11
8. Botão	3,47	32
9. Brasfemes	4,31	12
10. Castelo Viegas	3,73	6
11. Ceira	8,15	11
12. Cernache	8,59	12
13. Eiras	26,39	101
14. Lamarosa	4,53	20
15. Ribeira de Frades	4,21	11
16. Santa Clara	21,66	108
17. Santa Cruz	12,41	24
18. Santo António dos Olivais	84,92	203
19. São Bartolomeu	1,38	11
20. São João do Campo	4,53	11
21. São Martinho da Árvore	2,21	5
22. São Martinho do Bispo	30,60	216
23. São Paulo de Frades	12,68	16
24. São Silvestre	6,85	27
25. Sé Nova	14,69	46
26. Souselas	6,78	15
27. Taveiro	4,29	18
28. Torres de Vilela	2,72	20
29. Torres do Mondego	5,25	11
30. Trouxemil	5,94	10
31. Vil de Matos	1,90	84
Total	312,68	1214

1.7 MÉTODOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

O nosso estudo teve por base uma metodologia quantitativa, onde os dados recolhidos provêm de um questionário.

A construção do questionário de saúde teve por base uma grande parte da estrutura do inquérito nacional de saúde administrado nos anos de 2005-2006 bem como a adição de outros indicadores para dar resposta aos objetivos gerais e específicos do nosso estudo.

Após definida estrutura e conteúdos temáticos integrados no *Questionário de Saúde* houve a necessidade de cumprir um conjunto de etapas para estabelecer a versão final do mesmo instrumento de recolha. O questionário foi submetido a diferentes momentos de pré-teste no sentido de avaliar o *tempo de preenchimento*, a *forma e orientação das perguntas* bem como a *compreensão das mesmas* consoante as temáticas em foco. A amostra de participantes que fora

selecionada para as diferentes fases de pré-teste até à versão final do questionário tinham idades iguais ou superiores a 35 anos e de ambos os sexos.

Em cada fase de pré-testes era exigido aos participantes as seguintes informações: 1) grau de dificuldade na compreensão das perguntas; 2) grau de adequação das temáticas e como encontravam organizadas; 3) tipo de respostas padronizadas (fechadas ou abertas); 4) tempo de resposta ao questionário.

Numa *primeira fase de pré-teste* foram administrados 45 inquéritos. Após a recolha dos mesmos foram apontadas as seguintes considerações: a) *reformulação de perguntas*; b) *alteração da formatação do questionário*; c) *eliminação de redundâncias de conteúdos/perguntas do questionário*; d) *reorganização das temáticas em foco (ordem)* e e) *diminuição do número de páginas*.

Após as várias alterações realizou-se uma *segunda fase de pré-teste* ao mesmo grupo de participantes após um mês face à primeira administração. Depois da administração do questionário, verificaram-se novas propostas de alteração que incidiram sobre: a) *reformulação de algumas palavras/termos*; b) *alteração da disposição das respostas fechadas no que diz respeito aos itens (escalas)* e c) *alteração da ordem das temáticas*.

Concretizadas as alterações apresentadas na segunda fase foi novamente realizado um *terceiro pré-teste* submetendo o questionário a um novo grupo de participantes (n=23) com as mesmas características biográficas anteriormente referidas.

A aplicação do questionário de saúde durante as diferentes fases de pré-teste foi realizada pelo investigador e colaboradores.

A versão final do instrumento de recolha ficou completa com a realização da última fase de pré-teste (Anexo I).

O preenchimento do *questionário de saúde* tinha a duração de 45 a 60 minutos consoante as capacidades dos participantes. O mesmo era auto-administrado, porém, durante o processo de administração as pessoas mais idosas que revelassem dificuldades em lidar com as tarefas que envolviam papel e caneta, ou associado a casos de iliteracia ou outras dificuldades, foi exigido ao colaborador (entrevistador) que ao administrar o inquérito este fosse preenchido pelo mesmo com base nas respostas orais dos participantes.

Para a implementação da recolha de dados houve a necessidade de criar uma equipa de colaboradores (entrevistadores). O recrutamento de pessoas a participar para a recolha de dados quer para as diferentes fases de pré-teste quer para a administração da versão definitiva teve por base o conhecimento que as mesmas tinham das freguesias que iriam atuar, com disponibilidade de transporte, tempo disponível e experiência de contacto com pessoas.

Após a identificação dos elementos da equipa a mesma foi submetida a uma pequena formação para administração do questionário, explicação dos objetivos do estudo, das temáticas a abordar no inquérito bem como da natureza de recolha de informação.

A formação também incidiu sobre regras no processo de administração, esclarecimento de determinados conteúdos mais específicos e apoio ao preenchimento.

Aquando da administração do questionário cada colaborador deveria apresentar as seguintes informações junto de cada participante: o tema, os objetivos do estudo, a identificação da equipa que estava responsável por aquele protocolo, o enquadramento da investigação e a que fim se destinava o referido estudo. Também asseguravam que as informações recolhidas seriam totalmente anónimas e confidenciais. Estas informações prestadas oralmente estavam formalmente apresentada (documento escrito) em conjunto com o *questionário de saúde* (Anexo II).

O colaborador teria que entregar a cada participante um *documento de apresentação do estudo de investigação*, o *questionário de saúde*, documento com *regras de medição sobre informações antropométricas* (Anexo III) e um *envelope vazio* sem identificação.

O questionário foi maioritariamente auto-administrado. Os questionários foram entregues pessoalmente nos domicílios, locais de trabalho (juntas de freguesias, lojas comerciais, etc.) e de culto (igrejas). A recolha dos questionários eram previamente agendada e os inquiridos teriam que entregar o seu inquérito em envelope fechado.

1.8 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Nesta secção apresentamos uma breve introdução à definição de “indicador” e “índice” de saúde para melhor compreender os que foram definidos pelo Plano Nacional de Saúde. Após esta pequena introdução procuramos detalhar todos os indicadores introduzidos no nosso questionário de saúde.

1.8.1 Indicadores e Índices de Saúde

Um “*Indicador de Saúde*” é uma variável (informação) capaz de ser medida e que reflete o estado de saúde dos indivíduos na comunidade (Last 1995). No entanto um “*Índice de Saúde*” não é mais do que a informação quantificada ou qualificada do estado de saúde do indivíduo ou de uma população (Last 1995; Dias, Freitas et al. 2007).

Como afirmou Dias, Freitas e Briz ‘Indicadores de Saúde’ podem ser considerados como “*tentativas de capturar a enorme diversidade de níveis e dimensões da realidade, de modo a aproximar o Homem ao seu controlo seja a nível da pessoa ou da população*” (Dias, Freitas et al. 2007:439). Os *indicadores de saúde* não são mais do que medidas sumárias simples que refletem, direta ou indiretamente, informações importantes sobre diferentes atributos e dimensões de saúde bem como de fatores/determinantes que a possam influenciar (Dias, Freitas et al. 2007; Robalo, Marques et al. 2012_b).

A identificação de *indicadores e índices de saúde* têm permitido dar resposta às preocupações em Saúde Pública e que são, em primeiro lugar, compreender, medir e melhorar a saúde das populações, e em segundo lugar, procurar dar resposta às necessidades das mesmas assegurando níveis de saúde elevados promovendo uma sociedade saudável e reduzindo o risco de doença (Dias, Freitas et al. 2007). Porém, as necessidades das populações poderão ser representações objetivas e/ou subjetivas que os indicadores irão conhecer e acompanhar “*numa linguagem técnica que nos convém e têm a capacidade de nos informar acerca do seu estado e das suas mudanças relevantes*” (Dias, Freitas et al. 2007:441).

No âmbito da nossa investigação os *indicadores de saúde* que escolhemos permitiram caracterizar as diferentes dimensões do estado de saúde bem como identificar fatores determinantes, segundo a literatura, com impacto na saúde das populações e que representaram importantes informações de saúde em geral.

A nomenclatura apresentada no Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016 podem ser organizados em quatro grandes *grupos de indicadores de saúde* (Robalo, Marques et al. 2012_b):

Grupo I – “*Indicadores de Estado de Saúde*” – Permitem analisar quão saudável é uma população através de dimensões como a mortalidade (por grupos de idade; por causas específicas, etc.), morbidade (indicadores que interferem com a atividade diária e com a procura de serviços de saúde), incapacidade (focando-se na deficiência ao nível da função ou estrutura do corpo bem como da limitação de atividade isto é na dificuldade de execução de uma tarefa ou ação) e bem-estar (abrangendo as componentes física, mental e social, sendo como exemplo a “auto-perceção do estado de saúde”).

Grupo II – “*Indicadores de Determinantes de Saúde*” – permitem adquirir o conhecimento sobre os fatores para os quais há evidência científica quanto à influência sobre o estado de saúde e da utilização dos cuidados de saúde: comportamentos (que influenciam o estado de saúde), condições de vida e trabalho (perfil socioeconómico e condições de trabalho), recursos pessoais (prevalência de fatores como o apoio social e eventos de

vida produtores de stress relacionados com a saúde) e ambientais (responsáveis por alteração do estado de saúde).

Grupo III – “*Indicadores de Desempenho do Sistema de Saúde*” – nas suas múltiplas dimensões de aceitabilidade (que vai ao encontro das expectativas do cidadão, comunidade, prestadores e pagadores), acesso (adequado conforme as necessidades), qualidade (adequado e baseado em padrões estabelecidos), capacitação do cidadão (os conhecimentos do cidadão são adequados aos cuidados prestados), integração de cuidados (capacidade de prestar cuidados, de forma continuada e coordenada, através de programas, profissionais entre níveis de cuidados, ao longo do tempo), efetividade (o atingir dos resultados propostos, a nível técnico e satisfação de prestadores e utentes), eficiência (avaliando se os resultados são maximizados quer quantitativa quer qualitativamente, com um mínimo de recursos e tempo despendidos) e segurança (riscos potenciais de uma intervenção ou do próprio ambiente dos serviços de saúde), auxiliam a análise da qualidade do Sistema de Saúde.

Grupo IV – “*Indicadores de Contexto*” – contêm medidas de caracterização que, não sendo indicadores de estado de saúde, determinantes individuais ou de desempenho do sistema de saúde, fornecem informação contextual importante e permitem, por ajustamento, comparar populações distintas.

1.8.2 Estrutura e conteúdos do “Questionário de Saúde”

A formação do questionário de saúde, como referido anteriormente, baseou-se em grande medida na estrutura do último INS (2005-2006). Porém, os conteúdos do nosso instrumento foram divididos em IV partes que passamos a identificar:

Quadro 4: Descrição Conceptual do Questionário de Saúde

MAPA CONCEPTUAL DO QUESTIONÁRIO DE SAÚDE	• INDICADORES DE CONTEXTO	PARTE I CARATERIZAÇÃO SOCIOBIOGRÁFICA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Área de Residência; ▪ Informações Pessoais; ▪ Situação religiosa/espiritual; ▪ Habitação (tipo de proprietário e tipo de habitação); ▪ Situação profissional; ▪ Classificação da habitação quanto ao conforto; ▪ Classificação do aspeto do bairro onde vive; ▪ Classificação do tipo de rendimentos familiares.
	• INDICADORES DE ESTADO DE SAÚDE	PARTE II INVENTÁRIO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de Saúde com recurso à Escala SF-36 (2.ª versão); ▪ Escala de Locus-de-Controlo de Saúde; ▪ Escala de Índice de Qualidade de Vida; ▪ Escala do Estilo de Vida; ▪ Dados Antropométricos (altura, peso, perímetro da cintura e pescoço); ▪ Entidade de Saúde a que recorre para os cuidados de Saúde; ▪ Informações gerais sobre Doenças Crónicas (quer na vida adulta quer na adolescência); ▪ Cuidados de Saúde (consultas, consumo de medicamentos, saúde oral e cuidados preventivos).
	• INDICADORES DE DETERMINANTES DE SAÚDE	PARTE III ESTILOS DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábitos Tabágicos (vida adulta); ▪ Hábitos Alimentares (vida adulta); ▪ Consumo de Bebidas Alcoólicas (vida adulta); ▪ Atividade Física (vida adulta).
	• INDICADORES DE CONTEXTO E DETERMINANTES	PARTE IV INVENTÁRIO SOCIOBIOGRÁFICO REFERENTE À ADOLESCÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Área de residência; ▪ Tipo de família; ▪ Atividades sociais, culturais, religiosas, escolares e laborais; ▪ Comportamentos e hábitos de vida (hábitos tabágicos; alimentares; de consumo de álcool e de atividade física)

Procuramos, de seguida, apresentar com maior pormenor os indicadores anteriormente apresentados no mapa conceptual do questionário de saúde.

1.8.2.1 INDICADORES DE CONTEXTO

No que diz respeito à “*Parte I*” do Questionário de Saúde foram definidas perguntas que caracterizam a população quanto aos aspetos sociobiográficos do presente como a área de residência (Freguesia), informações pessoais tais como: *sexo, idade, data de nascimento, habilitações literárias, nacionalidade, grupo étnico, estado civil, vida conjugal, presença de filhos e número de filhos*. No que diz respeito à situação religiosa/espiritual foi questionado se pertenciam a alguma religião e tipo de praticante.

No que diz respeito às habilitações literárias, estas classificaram-se em: Analfabeto, 1.º ciclo do ensino básico incompleto, 1.º ciclo de ensino básico, 2.º ciclo do ensino básico, 3.º ciclo do ensino básico, Ensino Secundário, Ensino técnico-profissional, Bacharelato, Licenciatura e

Mestrado/Doutoramento. Posteriormente a condição de analfabeto¹⁰ foi excluída por não ter ocorrido na população em estudo.

A condição de *nacionalidade* dos inquiridos assumiu-se com base no critério legal (bilhete de identidade, passaporte, título de residência ou certificado de nacionalidade). As pessoas que, no momento de observação, tenham pendente um processo para obtenção da nacionalidade, foram considerados com a nacionalidade que detinham anteriormente (INE 2012).

Quanto ao *estado civil*, foram definidas as seguintes condições avaliadas: Solteiro(a); Casado(a)/União de facto; Divorciado(a)/Separado(a) e Viúvo(a). A condição de *união de facto* ficou definida na situação de duas pessoas que, independentemente do sexo, vivem em situação análoga à dos cônjuges, sem que sejam legalmente casadas uma com a outra (INE 2012).

Também foram formuladas perguntas sobre a *habitação*, procurando conhecer o *tipo de proprietário* (habitação própria ou arrendamento) bem como o *tipo de habitação* (casa/moradia ou apartamento).

Quanto ao critério do *tipo de proprietário*, assumiu-se que a pessoa é proprietária do alojamento quando é titular do direito de propriedade do alojamento que tem o gozo pleno e exclusivo dos direitos de uso, fruição e disposição do mesmo. Na presença de arrendamento, isto é, arrendatário do alojamento, esta condição foi definida quando é conferido a uma pessoa o direito ao gozo temporário de um prédio urbano ou outro tipo de habitação, no todo ou em parte, mediante pagamento de uma renda (INE 2012).

Quanto à *situação ocupacional* foram realizadas perguntas quanto à sua *situação de ativo* (*empregado*), *reformado* ou *desempregado*. Nas pessoas empregadas foi identificado o *setor de atividade laboral*, *tipo de vínculo* e *identificação da profissão atual*. Caso os nossos inquiridos fossem reformados ou desempregados também foram formuladas perguntas quanto ao *tempo em que se encontravam reformados/desempregados* e a identificação da sua *última profissão*.

A condição de *ativo* (empregado) foi definida segundo um dos 5 critérios: a) tinha efetuado trabalho de pelo menos uma hora, mediante pagamento de uma remuneração ou com vista a um benefício ou ganho familiar em dinheiro ou em géneros; b) tinha um emprego, não estava ao serviço, mas tinha uma ligação formal com o seu emprego; c) tinha uma empresa, mas não estava temporariamente ao trabalho por uma razão específica; d) estava em situação de pré-reforma, mas encontrava-se a trabalhar no momento presente (INE 2012).

A condição de *inativo* correspondeu a pessoas que no momento em estudo não estavam empregadas nem desempregadas. Os grupos de pessoas que podem preencher estes requisitos no

¹⁰ Esta condição está assumida quando: Indivíduo com 10 ou mais anos que não sabe ler nem escrever, isto é, o indivíduo incapaz de ler e compreender uma frase escrita ou de escrever uma frase completa. INE (2012). [Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro](#). Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.

âmbito do nosso estudo foram: a) Estudantes: pessoas com 15 ou mais anos que, na semana de referência, frequentavam o sistema de ensino, não exerciam uma profissão nem estavam desempregadas e não eram reformadas nem viviam de rendimentos; b) Domésticos: pessoas com 15 ou mais anos que, não tendo emprego nem estando desempregadas, na semana de referência se ocuparam principalmente das tarefas domésticas nos seus próprios lares; c) Reformados, aposentados ou na reserva: pessoas que, não tendo trabalhado na semana de referência, recebiam, por tal facto, uma pensão de reforma ou pré reforma, aposentação, velhice ou reserva; d) Pessoas com uma incapacidade permanente para o trabalho: pessoas com 15 anos ou mais que, na semana de referência, não trabalharam por se encontrarem permanentemente incapacitadas para trabalhar, quer recebam ou não pensão de invalidez; e) outras pessoas inativas: pessoas com 15 ou mais anos inativas, que não podem ser classificadas em qualquer das categorias anteriores¹¹ (INE 2012).

Foram considerados na condição de “*desempregado*” os indivíduos que se encontravam simultaneamente nas seguintes condições: a) não tinha trabalho remunerado nem qualquer outro; b) Estava disponível¹² para trabalhar num trabalho remunerado ou não; c) Tinha procurado um trabalho, isto é, tinha feito diligências¹³ para encontrar um emprego remunerado (INE 2012).

A condição de *reformado* é definida quando a pessoa acabou o exercício de uma profissão devido ao tempo regulamentar, por limite de idade, por incapacidade ou razões disciplinares em que beneficia de uma pensão de reforma (INE 2012).

Por fim, foram formuladas perguntas para classificarem o *conforto da habitação*, do *aspeto do bairro onde moravam* e do *tipo de rendimentos familiares*.

Posteriormente, houve a necessidade de reclassificar algumas variáveis de contexto para melhor estudar a população do concelho de Coimbra. Vejamos algumas das variáveis de caracterização que passaram por esse mesmo processo:

CLASSIFICAÇÃO DAS FREGUESIAS DO CONCELHO DE COIMBRA

O concelho de Coimbra era formado por 31 freguesias e que foram classificadas em “Áreas Predominantemente Rurais; Áreas Predominantemente Urbanas e Áreas Mediamente Urbanas”

¹¹ Podendo ainda existir o critério de: *Pessoas com menos de 15 anos de idade*.

¹² Critério de Disponibilidade: a) No desejo de trabalhar; b) Na vontade de ter atualmente um emprego remunerado ou uma atividade por conta própria caso consiga obter os recursos necessários; c) Na possibilidade de começar a trabalhar no período de referência ou pelo menos nas duas semanas seguintes. Inclui o indivíduo que, embora tendo um emprego, só vai começar a trabalhar em data posterior à do período de referência (nos próximos três meses). INE (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.

¹³ Assume a condição de realizar diligências: a) Contacto com um Centro de emprego público ou agências privadas de colocações; b) Contacto com empregadores; c) Contactos pessoais ou com associações sindicais; d) Colocação, resposta ou análise de anúncios; e) Realização de provas ou entrevistas para seleção; f) Procura de terrenos, imóveis ou equipamentos; g) solicitação de licenças ou recursos financeiros para a criação de empresa própria. Ibid.

(Santos 2004; Câmara Municipal de Coimbra e Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra 2008).

Com base nesta classificação, cada participante passou a ser identificado quer por freguesia quer por área de residência (quadro 1).

CLASSIFICAÇÃO DA IDADE

A distribuição de idades por classes etárias teve como referência o último inquérito nacional de saúde (INE e INSA 2009).

CLASSIFICAÇÃO PORTUGUESA DAS PROFISSÕES

A informação referente às pessoas que exerciam uma atividade laboral e que indicaram especificamente a sua profissão foi posteriormente recodificada segundo a lista de “*Classificação Portuguesa das Profissões*” (INE 2011). A recodificação organizou-se segundo os grandes grupos (classes) de profissão que passamos a apresentar:

1. Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos;
2. Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas;
3. Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio;
4. Pessoal Administrativo;
5. Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores;
6. Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta;
7. Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices;
8. Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem;
9. Trabalhadores Não Qualificados.

CLASSIFICAÇÃO DO ESTATUTO SOCIOECONÓMICO

Com a necessidade de identificar o estatuto socioeconómico de cada habitante do concelho em estudo aplicou-se a *Escala de Graffar*.

A *Escala de Graffar* corresponde a uma *classificação social internacional* e que foi criada pelo Prof. Graffar (Trincão 2009) e adaptada para Portugal pelo Professor Doutor Fausto Amaro (1990) (Morais 2010). Apesar da escala ter como princípio a aplicação ao agregado familiar, no nosso estudo a mesma centrou-se única e exclusivamente no sujeito (avaliação individual).

O método estabelecido incidiu num conjunto de critérios que tivemos que ter em conta: 1) *Profissão*; 2) *Nível de Instrução*; 3) *Fontes de Rendimento*; 4) *Conforto do Alojamento*; e 5) *Aspeto do bairro onde vive (habita)*. Passemos a explicar cada um deles:

1.º Critério – Profissão: Neste primeiro critério assumiu-se a classificação britânica, tal como se descreve na obra “*Classification of Occupations*”, *General Register Office - London Stationary Office 1951* (Trincão 2009). A classificação¹⁴ foi a seguinte: *1.º Grau* (diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente); *2.º Grau* (chefes de secção administrativos ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos e técnicos); *3.º Grau* (ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestre-de-obras); *4.º Grau* (motoristas, polícia, cozinheiros, etc.); *5.º Grau* (jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.) (Gonçalves e Mella 2003; Trincão 2009; Silva, Caldeira *et al.* 2010).

2.º Critério – Nível de Instrução: os critérios estabelecidos para avaliar este critério foram: *1.º Grau* - Ensino universitário ou equivalente. Neste grau devem ser classificados os inquiridos que tinham como grau de instrução catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais diplomados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares de Academia; *2.º Grau* - Ensino médio ou técnico superior - isto é, os inquiridos possam ser enquadrados neste nível os que possuem grau de instrução de técnicos e peritos; *3.º Grau* - Ensino médio ou técnico inferior. Para o *3.º grau* de instrução inserem-se os inquiridos com Cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem Academia; *4.º Grau* - Ensino primário completo. No que diz respeito ao *4.º grau* de instrução os inquiridos que foram contemplados nesta condição revelaram ter o *1.º ciclo* do Ensino Básico completo; *5.º Grau* - Ensino primário incompleto ou nulo. Neste grau de instrução compreendeu os inquiridos que eram analfabetos, ou sabe ler e escrever ou que tinham o *1.º ciclo* do Ensino Básico incompleto (Trincão 2009).

3.º Critério – Fontes de Rendimentos: assumiu-se para o nosso estudo que a principal fonte de rendimentos é vista a título individual. Vejamos os seguintes critérios: *1.º Grau* - A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida. Neste nível integram pessoas que viviam de rendimentos, proprietários, grandes industriais ou grandes estabelecimentos comerciais; *2.º Grau* - Os rendimentos consistiam em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc. Neste nível podemos indicar pessoas que possam ser encarregados e gerentes, com lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais ou profissionais liberais com grandes vencimentos. *3.º Grau* - Os rendimentos correspondiam a um vencimento mensal fixo. Tipo funcionário. Poderão ser pessoas que

¹⁴ Porém, a pontuação final às profissões foi adaptada seguindo as orientações já descritas na literatura.

trabalhem para o Estado, Governos Cívicos ou Câmaras Municipais, oficiais de primeira subgerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas. Profissões liberais de mediano rendimento. Caixeiros – viajantes. 4.º *Grau* - Os rendimentos resultavam de salários, ou seja, remuneração por semana, jornada, horas ou à tarefa. Neste grupo poderão ser operários, empregados de comércio e escriturários. 5.º *Grau* - Beneficência pública ou privada e que sustenta o indivíduo ou a família. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho. Deu-se relevância a pessoas com ausência de rendimentos (Trincão 2009).

4.º *Critério – Conforto da Habitação*: vejamos os seguintes critérios sobre a perceção dos inquiridos quanto ao conforto da sua habitação (Trincão 2009): *Grupo 1* – Casas ou andares luxuosos ou muito grandes oferecendo aos moradores o máximo conforto; *Grupo 2* – Categoria intermédia: casas ou andares que, sem serem tão luxuosas como as da categoria precedente, são, não obstante, espaçosos e confortáveis; *Grupo 3* – Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho; *Grupo 4* – Categoria intermédia entre a 3 e a 5; *Grupo 5* – Alojamentos impróprios para uma vida decente. Tais como choças, barracas¹⁵ ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.

136

5.º *Critério – Aspeto do bairro onde vive*: os critérios definidos foram (Trincão 2009): *Grupo 1* – Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os arrendamentos são elevados; *Grupo 2* – Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas; *Grupo 3* – Ruas comerciais ou estreitas e antigas com casas de aspeto geral menos confortável e zonas rurais não degradadas; *Grupo 4* – Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho-de-ferro, etc.; *Grupo 5* – Bairro da lata.

Por fim, a “*Classificação Socioeconómica*” de cada habitante resultou da soma das pontuações atribuídas nos cinco critérios anteriormente apresentados. A soma total dos pontos, variam entre 5 e 25, porque em cada nível são apresentadas cinco categorias de respostas, sendo atribuído, a cada uma, um valor de 1 (1) a cinco (5). A pontuação final foi escalonada nas seguintes classes (Trincão 2009):

Classe I: *Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9.*

Classe II: *Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13.*

Classe III: *Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17.*

¹⁵ Alojamento familiar não clássico em construção independente feita em geral com vários materiais velhos, usados e/ou grosseiros INE (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.

Classe IV: *Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21.*

Classe V: *Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.*

No que diz respeito à interpretação das classes podemos afirmar que a *classe I* correspondeu ao nível mais elevado; a *classe II* ao nível médio alto; a *classe III* correspondera ao nível médio; a *classe IV* ao nível médio baixo e a *classe V* ao nível baixo do Estatuto Socioeconómico (Morais 2010).

Quanto à “*Parte IV*” do Questionário de Saúde também tivemos em conta as características dos habitantes referentes ao período da adolescência como as: área de residência, tipo de família de origem, atividades sociais, culturais, religiosas, escolares e laborais. Avaliamos ainda os comportamentos e hábitos de vida (*hábitos tabágicos; alimentares; de consumo de álcool e de atividade física*) nessa mesma fase da vida dos nossos inquiridos.

1.8.2.2 INDICADORES DE ESTADO DE SAÚDE

Os indicadores de “Estado de Saúde” avaliados na população portuguesa do concelho de Coimbra apresentados no mapa conceptual do questionário de saúde, serão agora identificados/explicitados individualmente.

PERCEÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE

Na atualidade cada vez mais se constroem indicadores que se apoiam na percepção do indivíduo ou da população e que refletem o cariz subjetivo da visão do ser humano quanto ao estado de saúde e de doença. Um dos indicadores mais utilizados, de forma genérica, segundo a gíria epidemiológica e clínica, é a “*auto-percepção do estado de saúde*”. Este indicador também é referido como a *auto-avaliação do estado de saúde* ou *auto-apreciação do estado de saúde*. Este tipo de indicador que define o *perfil de saúde* do indivíduo (Santos e Pereira 2008) permite complementar indicadores do estado de saúde mais objetivos de medição de saúde e de doença nas populações. A auto-percepção de saúde como indicador de estado de saúde permite medir os construtos subjetivos de ‘*estado físico e mental*’ e que vão para além das interpretações clínicas dos sintomas (Vintém 2008).

Para a medição do indicador subjetivo de estado de saúde, também designado por indicador de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS), este tende a manter o carácter multidimensional, isto é, abrangendo os construtos de estado físico e mental. Na maioria dos estudos com este tipo de indicador habitualmente enfatizam as questões relacionadas com a doença ou a incapacidade (Seidl & Zannon, 2004 citados por Gaspar, et al., 2008).

No âmbito do nosso estudo o indicador de estado de saúde subjetivo avaliado foi a escala *Medical Outcome Study* (MOS) SF-36 II (*versão portuguesa*). Esta escala de medição, que também esteve integrada no INS de 2005-2006, agrega na sua base conceptual a definição de saúde definida pela OMS e que tem sido utilizada para avaliar qualidade de vida em geral bem como no âmbito médico. A sua adaptação para a população portuguesa foi realizada pelo *Centro de Estudos e Investigação e Saúde da Faculdade de Economia de Coimbra* e constitui a versão portuguesa reconhecida pela *Medical Outcomes Trust*, organização autora da versão original (Pinto e Pais Ribeiro 2000).

A utilização do instrumento SF-36 (adaptado para a língua portuguesa) permitiu-nos caracterizar o perfil de saúde dos habitantes do concelho de Coimbra. Este instrumento é um genérico de avaliação de QVRS e que nos permitiu realizar comparações entre diferentes condições de saúde, grupos de idade, sexo etc., (Ferreira 2000_a; Ferreira 2000_b; Santos e Pereira 2008).

Compreenda-se que a escala em referência avalia “*Estado de Saúde*” e que não é mais do que uma descrição de saúde num ou mais momentos no tempo (abordagem seccional) (Ferreira e Santana 2003). A vertente “*Qualidade de Vida*” a que a escala aborda incide na perceção “...*única e pessoal de vida, marcada por muitos fatores interrelacionados, como a situação sócio-económica, o clima político, os fatores ambientais, a habitação, a educação, o emprego, entre outros*” (Ferreira, 1998:17) e que tem relação com o domínio da saúde.

138

Enquanto instrumento agrega oito dimensões em saúde e que passamos a identificar (Ferreira 1998; Ferreira 2000_a; Ferreira 2000_b; Ferreira e Santana 2003; Santos e Pereira 2008): 1.^a Dimensão: *Função Física*; 2.^a Dimensão: *Desempenho Físico*; 3.^a Dimensão: *Dor Corporal*; 4.^a Dimensão: *Saúde Geral*; 5.^a Dimensão: *Vitalidade*; 6.^a Dimensão: *Função Social*; 7.^a Dimensão: *Desempenho Emocional*; 8.^a Dimensão: *Saúde Mental*.

Estas oito dimensões referidas anteriormente são reagrupadas em dois grandes grupos:

- i. *Medidas de Estado de Saúde Físico* e que suportam as dimensões da Função Física, Desempenho Físico e Dor Corporal.
- ii. *Medidas de Estado de Saúde Mental* e que agregam as dimensões da Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental.
- iii. Por fim, apesar de não ser um grupo podemos falar de *Medidas Sensíveis a resultados Físicos e Mentais* e que englobam as dimensões da Vitalidade e Saúde Geral (Ferreira 2000_b; Ferreira e Santana 2003).

Quanto à informação conceptual de cada uma das oito dimensões anteriormente referidas são (Ferreira 1998; Ferreira 2000^b; Ferreira e Santana 2003):

- *Medidas de Estado de Saúde Físico:*

- *Função Física:* mede o impacto na qualidade de vida das limitações físicas como por exemplo tomar banho ou vestir-se sozinho(a) ou relacionados com desportos mais exigentes ou o transporte de compras, quer ainda a ajoelhar-se ou andar determinadas distâncias;
- *Desempenho Físico:* o impacto das limitações em saúde associadas a problemas físicos quanto ao tipo e quantidade de trabalho ou à necessidade de o reduzir ou ainda a dificuldade em concretizá-lo;
- *Dor Corporal:* representa não só a intensidade e o desconforto causados pela dor como também a possibilidade deste poder interferir no trabalho.

- *Medidas de Estado de Saúde Mental:*

- *Função Social:* tem em conta a quantidade e a qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas atividades.
- *Desempenho Emocional:* o impacto das limitações em saúde associadas a problemas emocionais quanto ao tipo e quantidade de trabalho ou à necessidade de reduzir ou ainda a dificuldade em concretizar.
- *Saúde Mental:* inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico. É uma escala bipolar com um “chão” representando sempre nervosismo e depressão e um “teto” sempre com alegria, paz e calma.

- *Medidas sensíveis a resultados de Saúde Físico e Mental:*

- *Saúde Geral:* é referente à perceção holística da saúde. Esta está associada à situação atual, à resistência à doença e ao aspeto saudável. Escala Bipolar fornece uma pontuação média a quem não avalie desfavoravelmente a sua saúde em termos gerais.
- *Vitalidade:* está associada aos níveis de energia e de fadiga.

No que diz respeito à pontuação podemos traduzi-la na seguinte valoração: sendo zero “0” o valor mínimo (pior QVRS) e cem “100” o valor máximo (melhor QVRS). Esta pontuação é atribuída para cada dimensão. Segundo os autores da validação da escala a obtenção dos valores para cada

dimensão do SF-36 foi efetuada através da codificação das respostas a cada pergunta, somatório dos valores obtidos e sua conversão em valores percentuais (Santos e Pereira 2008).

Segundo *Ware, Kosinski & Gandek* (2003) considera-se uma diferença de pontuações entre grupos igual ou superior a 5 pontos como clinicamente relevante (Santos e Pereira 2008).

LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE

A base de interesse do estudo do *Locus-de-Controlo* assenta no princípio de que o ser humano tem, de forma geral, a noção ou o sentimento de controlo e de segurança sobre o meio que o rodeia bem como a forma como determinados acontecimentos surgem ao longo da sua vida. De forma mais específica, o locus-de-controlo reflete as circunstâncias ou acontecimentos que podem ter repercussões negativas ou positivas para cada sujeito (Almeida e Pereira 2006).

O Locus-de-controlo é um construto que resultou da *Teoria da Aprendizagem Social*. Este conceito centra-se nas crenças dos indivíduos como a fonte de controlo dos comportamentos e acontecimentos quotidianos que ocorrem aos sujeitos ou no ambiente em que estão inseridos (Rodriguez-Rosero, Ferriani *et al.* 2002; Almeida e Pereira 2006; Aires D'Oliveira 2008; Fuscaldi, Balsanelli *et al.* 2011).

140 O sujeito é um agente ativo na tomada de decisões e de implementação de ações que permitam obter resultados desejados e evitar ou reduzir o impacto de acontecimentos indesejados (Almeida e Pereira 2006).

Nesse sentido, o locus-de-controlo também é considerado um dos fatores que compõem o constructo de bem-estar subjetivo o qual está contemplado no conceito de qualidade de vida (Timm, Argimon *et al.* 2011).

Segundo *Figueiredo* (2005) a teoria da aprendizagem assenta no princípio de que as pessoas num processo de aprendizagem social, compreendem os motivos ou as razões de determinados acontecimentos que ocorrem nas suas vidas (Timm, Argimon *et al.* 2011).

Tanto o *controlo interno* como o *controlo externo*, segundo *Figueiredo* (2005) podem determinar a forma como interpretam a saúde e qualidade de vida das pessoas no seu dia-a-dia (Timm, Argimon *et al.* 2011).

Face ao exposto segundo vários autores, o locus-de-controlo classifica-se como uma característica psicológica que tipifica o grau em que o indivíduo percebe o que lhe acontece no seu dia-a-dia como consequência das suas ações e que pode ser controlado por ele (*Controlo Interno*). No sentido oposto a este existe o *Controlo Externo* (acaso), isto é, podemos declará-lo como acontecimentos ou ações que nada tem a ver com o seu comportamento e que está fora do controlo

do indivíduo (Pais Ribeiro 1994; Rodriguez-Rosero, Ferriani et al. 2002; Fuscaldi, Balsanelli et al. 2011).

Dito de outra forma e segundo *Rotter* (1990) o *controlo externo* é associado a um reforço percebido pelo sujeito como não sendo contingente às suas ações mas sim atribuído ao destino, imprevisibilidade, sorte ou até dependentes de outros “poderosos”. Porém, perante um acontecimento (reforço) que está associado ao comportamento do sujeito ou depende de características pessoais, então designa esta crença como *controlo interno* (Fuscaldi, Balsanelli et al. 2011).

A probabilidade de um comportamento específico ocorrer numa dada situação é função da expectativa desse comportamento levar à obtenção de um reforço (estímulo comportamental), bem como, do valor do reforço para o sujeito (Fuscaldi, Balsanelli et al. 2011).

Perante este enquadramento conceptual, o *Locus-de-Controlo*, foi criado com o objetivo de compreender a perceção das pessoas sobre quem ou o que possui o controlo sobre a sua vida. Esta tendência, segundo os autores Rodriguez-Rosero, Ferriani e Dela Coleta, citando *Rotter* (1966) manifesta-se nas expectativas individuais dos sujeitos no sentido de alcançar resultados desejados no futuro e que está relacionado ao comportamento na medida em que esses resultados são entendidos como importantes para o sujeito e com a probabilidade de virem a ocorrer (Rodriguez-Rosero, Ferriani et al. 2002).

Segundo *Rotter*, é aqui que se inscreve a teoria da aprendizagem social em que os sujeitos se tornam capazes de perceber a fonte de origem e controlo dos acontecimentos que experimentam, isto é *Locus-de-Controlo* (Fuscaldi, Balsanelli et al. 2011).

Rotter (1990) citado por Aires D'Oliveira assumiu o construto como uma base unidimensional onde o Locus-de-Controlo se alicerçava em dois pólos principais: um interno e outro externo ao sujeito. O primeiro pólo (interno) indicava que os êxitos ou fracassos da vida do sujeito estavam associados aos seus próprios comportamentos e esforços. Quanto ao segundo pólo (externo) era indicador que determinados êxitos e fracassos eram devidos a fatores externos tais como o acaso, Deus, outras pessoas etc. (Rodriguez-Rosero, Ferriani et al. 2002; Almeida e Pereira 2006; Aires D'Oliveira 2008).

Porém, o princípio da unidimensionalidade foi sendo rebatido por vários autores posteriormente. De entre eles, Levenson (1972, 1974) ao dar continuidade aos trabalhos de Rotter, sugeriu que o Locus-de-Controlo não teria uma condição de unidimensionalidade mas sim de multidimensionalidade, isto é, sugerindo três dimensões de controlo: o “controlo interno”, o “controlo externo congruente” em que o destino ou alguma entidade sobrenatural é percebido como controlador dos acontecimentos e por fim o “controlo externo defensivo” que assentava na ideia que as outras pessoas, principalmente os outros poderosos, têm ascendência sobre o

indivíduo e são por isso controladoras dos acontecimentos (Rodriguez-Rosero, Ferriani et al. 2002; Aires D'Oliveira 2008; Fuscaldi, Balsanelli et al. 2011).

Embora o locus-de-controlo tenha sido concebido como uma característica geral, diversos autores têm defendido que este indicador (instrumento) é de elevada importância no domínio da saúde (Pais Ribeiro 1994; Aires D'Oliveira 2008).

Estas perceções relativas ao controlo sobre o comportamento em geral e sobre a saúde em particular assumem-se como um dos mais poderosos determinantes no que diz respeito a atitudes e comportamentos relacionados com a saúde. A importância de controlo permitem ao indivíduo procurar informações referentes à sua saúde, decidir e tomar decisões que podem ser benéficas ou prejudiciais à mesma.

O desenvolvimento do conceito de locus-de-controlo aplicado à saúde surge na década de 90 por Wallston (1992). Este desenvolveu instrumentos para avaliar em que medida os sujeitos compreendem o seu estado de saúde seja numa perspectiva interna ou externa (acaso) ou por outros significativos (Almeida e Pereira 2006; Fuscaldi, Balsanelli *et al.* 2011).

Vários estudos acerca das perceções de controlo pessoal sobre a saúde têm sido desenvolvidos, com algum sucesso bem como a manutenção de bem-estar (Aires D'Oliveira 2008). Estes estudos tendem a demonstrar que as pessoas com maior controlo interno daquilo que os rodeia teriam maior probabilidade de desenvolverem um maior número de comportamentos e atitudes promotoras da saúde.

Falar de *Locus de Controlo de Saúde*, segundo Bennet (2002) não é mais do que o grau em que o sujeito acredita que pode ter controlo sobre a sua saúde (Aires D'Oliveira 2008).

Segundo Wallston, (1992) a proposição teórica do seu modelo permitirá prever que sujeitos com um maior sentido de controlo interno sobre a realidade acreditam que podem influenciar a sua saúde desenvolvendo um conjunto de atitudes e comportamentos promotores de saúde, de manutenção do bem-estar, de prevenção da doença ou de controlo da mesma (Almeida e Pereira 2006).

Sobre o construto em causa, imensa literatura tem sido publicada e parece constatar-se que os sujeitos com um *locus de controlo* interno apresentam uma maior probabilidade de se envolverem em comportamentos promotores de saúde, apesar de em situações de doença aguda ou crónica poder ser mais vantajoso acreditar nos “*Outros Poderosos*” segundo Horne & Weinman, (1996) citados por (Almeida e Pereira 2006).

É neste sentido que em vários estudos o Locus-de-Controlo tem sido identificado como um preditor dos resultados de saúde quando as pessoas têm conhecimento acerca de determinadas doenças, da capacidade em abandonar determinados comportamentos de risco (tabaco, álcool)

como corrigir hábitos alimentares e proteger-se das doenças através de medidas de saúde pública (vacinação) quer associadas à higiene oral ou ao cumprimento das regras de mobilidade automóvel (Pais Ribeiro 1994; Aires D'Oliveira 2008).

A escala de Locus de Controlo de Saúde, no nosso estudo, destinou-se à população adulta e teve como objetivo principal avaliar a perceção que cada indivíduo possui em relação à sua saúde. Os diferentes autores afirmam que a escala irá permitir compreender como a população encara os acontecimentos relacionados com a saúde e que estes podem resultar quer de forças exteriores e independentes do sujeito quer como consequência dos seus próprios comportamentos (Antunes, Célia et al. 2009).

A base da formação da Escala Locus-de-Controlo da Saúde teve como origem um conjunto de itens de outras escalas principais tais como: *Health Locus of Control Scale*; *Multidimensional Health Locus of Control Scales*; *Health-Specific Locus-of-Control* (Pais Ribeiro 1994; Antunes, Célia et al. 2009). A escala de avaliação do *Locus-de Controlo de Saúde* foi reconstruída, adaptada e validada para a Língua Portuguesa por Pais Ribeiro (Pais Ribeiro 1994; Almeida e Pereira 2006).

Seguindo a linha concetual proposta pelo autor da validação da estrutura da escala de Locus-de-Controlo (*versão portuguesa*) esta ficou constituída por 14 itens inseridos em duas componentes (Pais Ribeiro 1994). Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 5: Identificação das componentes e respetivos itens da escala Locus-de-Controlo de Saúde

Locus-de-Controlo de Saúde	Componente <i>Internalidade</i> (<i>locus de controlo – 8 itens</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • O facto de as pessoas se sentirem bem ou não, depende, muitas vezes, do acaso; • As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte; • Em saúde não se pode invocar quase nunca "má sorte"; • Recuperar de uma doença não tem nada a ver com a sorte; • Ter ou não boa saúde é, apenas, uma questão de sorte; • Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar muitas doenças; • Muitas das coisas que afetam a saúde das pessoas são fruto do acaso; • A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença;
	Componente <i>Outros Poderosos</i> (<i>6 itens</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar o médico para fazer check-ups regulares é um fator chave para se manter saudável; • Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente, bons cuidados médicos; • Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente; • No que diz respeito à saúde, as pessoas têm, apenas, de seguir as instruções do seu médico; • Quando alguém recupera de uma doença é, normalmente, porque algumas pessoas (por ex. o médico ou enfermeira, família, amigos) tomaram bem conta dela; • Consultarem regularmente um bom médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde.

Os itens são classificados como uma escala ordinal de sete posições, e a respetiva classificação varia entre 1 e 7 pontos. Vejamos a distribuição das pontuações: 1 (A) – *Discordo totalmente*; 2

(B) – *Discordo bastante*; 3 (C) – *Discordo um pouco*; 4 (D) – *Não concordo nem discordo*; 5 (E) – *Concordo um pouco*; 6 (F) – *Concordo bastante* e 7 (G) – *Concordo totalmente*.

A pontuação final resulta do somatório dos itens da presente escala. Quanto à dimensão “internalidade” (locus de controlo interno) o valor mais baixo corresponderá a um *locus externo* (acaso) e o mais elevado ao *Locus Interno* e a mesma leitura faz-se para a dimensão “outros poderosos” (Pais Ribeiro 1994; Aires D'Oliveira 2008; Antunes, Célia et al. 2009; Timm, Argimon et al. 2011).

Realizou-se a avaliação psicométrica da escala para podermos confirmar as decisões do autor da validação. Face ao exposto recorreu-se à *Análise Fatorial* através de uma *Análise de Componentes Principais*. A solução da análise de componentes principais produziu duas componentes (dimensões) estimada pelo Método de *Rotação Ortogonal Varimax*: 1.^a dimensão explicou 24,28% da variância total; 2.^a dimensão explicou 17,16% da variância total (41,45% de variância comum). Dos 14 itens, 8 pertenciam à 1.^a dimensão (Locus de Controlo) e 6 à 2.^a dimensão (Outros Poderosos).

Na avaliação da consistência interna para ambas as dimensões recorreu-se ao Índice de Alpha de Cronbach's e verificamos que: o *Locus de Controlo* obteve um valor estatístico de Alpha de Cronbach's de 0,763 e a segunda dimensão *Outros Poderosos* um valor estatístico de Alpha de Cronbach's de 0,697.

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA

O Índice de Qualidade de Vida (versão adaptada do *Quality of Life Index*) é um indicador da Qualidade de Vida desenvolvido por *Ferrans e Powers* (1985) e que procura medir a qualidade de vida em termos de satisfação com a vida de forma subjetiva (Martins 2008).

Para *Ferrans* (1990) a qualidade de vida é a percepção que a pessoa tem do seu bem-estar e que este está dependente de determinadas “áreas da vida” que a pessoa valoriza e que são importantes para si. O mesmo índice avalia a “satisfação” e a “importância” dos vários aspetos do dia-a-dia da vida do inquirido (Martins 2008).

Existem várias versões do Índice de Qualidade de Vida, porém, a que se adaptou para o estudo foi a versão para a população geral (*versão genérica III*). No entanto, não podemos deixar de referir que todas as versões existentes possuem um conjunto de perguntas comuns (Martins 2008).

O indicador de qualidade de vida divide-se em duas partes fundamentais (Kimura e Silva 2009):

1.^a Parte – centrada no nível de satisfação do inquirido nos vários domínios da vida ou áreas.

Os itens são apresentados numa escala de *Lickert* que variam entre 1 “*muito insatisfeito*” e 6 “*muito satisfeito*”.

2.^a Parte – centrada no grau de importância percebida do inquirido nessas mesmas áreas ou domínios da vida. Os itens são também apresentados numa escala de *Lickert* que variam entre 1 “*sem importância nenhuma*” e 6 “*muito importante*”.

A versão genérica III de *Ferrans & Powers* é constituída por 33 itens em cada uma das partes. No que diz respeito às dimensões que resultam da estimação do índice de qualidade de vida podem ser observados quer em termos *globais* quer em *quatro domínios específicos* (Pinto e Pais Ribeiro 2000; Kimura e Silva 2009). No que diz respeito às pontuações (scores) estimadas pelo referido índice são:

- *Índice global de Qualidade de Vida*

Reflete a avaliação da satisfação/importância com as áreas da vida consideradas importantes para o respondente. Os itens cotados com valores de importância mais elevados têm maior impacto no resultado do que os itens cotados com valores de importância mais baixos (Pinto e Pais Ribeiro 2000).

- *Dimensões Específicas de Qualidade de Vida*

As dimensões que resultam do referido índice são: “*Saúde e Funcionalidade*”, “*Psicológica e Espiritual*”, “*Social e Económica*” e por fim a “*Família*”. Os 33 itens distribuem-se pelas referidas quatro dimensões (*subescalas*): Dimensão Saúde e Funcionalidade – 13 itens; Dimensão Social e Económica – 8 itens; Dimensão Psicológica e Espiritual – 7 itens; Dimensão Família – 5 itens (Kimura e Silva 2009). Vejamos de seguida os itens correspondentes a cada dimensão:

Quadro 6: Identificação das dimensões e respetivos itens da escala Índice de Qualidade de Vida

Índice de Qualidade de Vida	Saúde e Funcionalidade (13 itens)	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde • Cuidados de saúde • Dores • Energia • Independência física • O controlo que tem sobre a sua vida • As possibilidades que tem para viver uma vida tão longa quanto você gostaria • A sua vida sexual • A sua capacidade para cumprir as responsabilidades familiares • Os seus amigos • A quantidade de preocupações que tem na sua vida • Aquilo que faz para se divertir • As suas possibilidades de ter um futuro feliz
	Social e Económica (8 itens)	<ul style="list-style-type: none"> • Os seus amigos • O apoio emocional que recebe das pessoas que não é da sua família • Os seus vizinhos • A sua casa, apartamento ou lugar onde vive • O seu trabalho (<i>se tiver</i>) • O facto de não ter trabalho • A sua educação/Escolaridade • A sua capacidade para satisfazer as suas necessidades financeiras
	Psicológica e Espiritual (7 itens)	<ul style="list-style-type: none"> • A sua paz de espírito • A sua fé em Deus • Os objetivos pessoais que atingiu • A sua felicidade em geral • A sua vida em geral • A sua aparência pessoal • Consigo próprio(a) em geral
	Família (5 itens)	<ul style="list-style-type: none"> • A saúde da sua família • Os seus filhos (<i>se tiver</i>) • A felicidade da sua família • A sua/seu esposa(o) ou companheira(o) • O apoio emocional que recebe da sua família

Como realizado nos estudos com aplicação deste índice, cada item da 1.^a parte (*Satisfação*) correspondeu ao mesmo na segunda (*Importância*) (Kimura e Silva 2009).

Para a estimação das pontuações, cada item de satisfação deve ser ponderado pelo seu correspondente de importância o que irá permitir afirmar que as pontuações mais altas representam alta satisfação e alta importância e os mais baixos baixa satisfação mas alta importância. A estimação das pontuações é norteadada pelo princípio de que as pessoas satisfeitas com áreas que consideram importantes desfrutam de melhor qualidade de vida do que pessoas insatisfeitas com áreas que consideram importantes (Kimura e Silva 2009).

As instruções para a estimação das pontuações quer para o geral quer para as diferentes dimensões, podem ser obtidas na página eletrónica de *Ferrans and Powers* quer em diferentes estudos de validação do índice de qualidade de vida (Kimura e Silva 2009; Ferrans e Powers s.d.). Segundo os autores em causa, a pontuação pode variar entre 0 a 33 em que os valores mais elevados indicam melhor qualidade de vida.

Quer a parte um quer a parte dois do índice não possuem itens invertidos nem pontos de corte. As pontuações de cada uma das quatro dimensões podem ser consideradas de forma independente ou em conjunto (Kimura e Silva 2009).

No que diz respeito à avaliação psicométrica das 4 dimensões propostas pelos autores recorreu-se à Análise Fatorial com recurso ao método de Análises de Componentes Principais e estimação dos pesos fatoriais através do *Método de Rotação Ortogonal Varimax*. A primeira dimensão explicou 41,425% da variância total; a segunda dimensão explicou 7,962% da variância total, a terceira dimensão 4,732% e a quarta dimensão 4,163% (58,282% de variância comum).

Quanto à confiabilidade dos itens analisou-se a consistência interna produzindo os seguintes resultados: para o valor do índice “*Saúde e Funcionalidade*”, com 13 itens, apresentou um Alpha de Cronbach’s de 0,901; “*Psicológica e Espiritual*”, composta por 7 itens, apresentou um índice de Alpha de Cronbach’s de 0,894; Quanto à dimensão “*Social e Económica*”, com 8 itens, apresentou um valor índice de Alpha de Cronbach’s de 0,832 e a última dimensão “*Família*”, composta por 5 itens, revelou um valor de índice de Alpha de Cronbach’s de 0,835.

Os valores obtidos de consistência interna revelaram ser semelhantes ou superiores aos do estudo realizado pelos autores da validação (Kimura e Silva 2009).

QUESTIONÁRIO DE ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE (ESTILOS DE VIDA)

A versão original do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) foi desenvolvido por Hettler (*Universidade de Wisconsin-Stevens Point*) com a designação de *Life-Style Assessment Questionnaire* (LAQ). O autor deste inventário procurou estudar a ação do indivíduo enquanto estilo de vida que pratica e que sofre alterações motivadas por determinadas características (dimensões) intelectuais, emocionais, físicas, sociais, profissionais e espirituais. A construção do inquérito original veio então a recair nas referidas características básicas: Intelectual, Emocional, Física, Social, Ocupacional e Espiritual (Pais Ribeiro 2004_a).

A versão portuguesa do QACS foi realizada pelo autor Pais Ribeiro. A base da formação deste questionário incidiu na formação/adaptação de perguntas referentes ao modo como as pessoas se costumam comportar no seu dia-a-dia. A formação destas perguntas foi inspirada nos 61 itens das categorias da secção *Wellness* que Hettler (1982) designou por Físicas. Segundo Pais Ribeiro a escolha dos itens a reter no questionário atual serviria para desenvolver um instrumento de

avaliação do estilo de vida breve que permitisse uma avaliação rápida na população normal (Pais Ribeiro 2004_a).

O resultado final concluiu a reunião de 28 itens das referidas categorias da secção de Wellness. Posteriormente os itens foram avaliados quanto à sua validade de conteúdo posteriormente submetidos a *cognitive debriefing*¹⁶.

O referido questionário, já numa versão final e que foi aplicada no nosso estudo, é identificado como um *Inventário de Comportamentos de Saúde (lista de classificação)*, onde se procura aferir os comportamentos da população quanto ao cuidado com a sua saúde e assim como o evitar de doenças. O inventário resume os comportamentos relacionados com a saúde e as doenças que está de acordo com o que a investigação em geral tem mostrado nomeadamente o clássico estudo Alameda.

O inventário é de passagem rápida e é útil tanto para a avaliação como para a utilização em programas de intervenção na promoção da saúde ou na prevenção das doenças (Pais Ribeiro 2004_a).

Segundo Pais Ribeiro (2004), a validação do questionário e confirmação dos resultados obtidos no seu estudo com outros estudos veio a concluir que o inventário (lista de classificação) de comportamentos de saúde, reúne as características adequadas para avaliar o que as pessoas fazem para cuidar da sua saúde e evitar doenças.

148

O questionário quanto à sua estrutura: a resposta aos itens é realizada numa escala ordinal de cinco posições – tipo *likert*. Estas cinco posições permitem ao inquirido, perante a afirmação que expressa uma ação, escolher entre cinco alternativas, a percentagem que usa, ou não, essa ação, entre o “*quase sempre*” (5 pontos) num extremo da escala e o “*quase nunca*” (1 ponto) no outro extremo. A classificação final (comportamentos protetores de saúde) varia entre 28 e 140 pontos (Pais Ribeiro 2004_a).

¹⁶ “Procedimento que visa identificar se a população alvo do inventário interpreta e compreende as perguntas e o modo de responder de acordo com o pretendido pelo investigador” (Pais Ribeiro 2004:390).

O questionário final ficou constituído por 5 categorias que passamos a apresentar (Pais Ribeiro 2004_a):

Quadro 7: Identificação das dimensões e respetivos itens do inventário QACS

Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde	Exercício físico (3 itens)	<ul style="list-style-type: none"> • Faço Exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana. • Ando a pé ou de bicicleta diariamente • Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (ex. corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)
	Nutrição (5 itens)	<ul style="list-style-type: none"> • Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho. • Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal. • Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes. • Evito ingerir alimentos com gordura. • Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (bolos, chocolates, rebuçados, etc.).
	Auto-cuidado (11 itens)	<ul style="list-style-type: none"> • Durmo o n.º de horas suficientes para me sentir repousado. • Mantenho as minhas vacinas em dia. • Verifico anualmente a minha pressão arterial. • Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes. • Vou anualmente ao médico fazer um checkup. • Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco. • Evito os ambientes muito ruidosos. • Evito os ambientes que tenham o ar poluído. • Evito mudar de parceiro sexual. • Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal. • Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.
	Segurança motorizada (3 itens)	<ul style="list-style-type: none"> • Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais. • Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade. • Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.
	Drogas e similares (6 itens)	<ul style="list-style-type: none"> • Não bebo mais do que duas bebidas alcoólicas por dia. • Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico. • Evito fumar. • Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola. • Evito tomar estimulantes... • Evito tomar tranquilizantes.

Também avaliamos as características psicométricas do questionário em estudo. No entanto, como afirmou Pais Ribeiro este instrumento não sendo uma escala mas sim um inventário não supõe uma relação próxima dos itens. Porém, o autor sugeriu a estimação da consistência interna. Quanto às categorias definidas constatamos que a categoria “*Exercício Físico*”, composta por 3 itens, apresentou um índice de Alpha de Cronbach’s de 0,683; ao nível da categoria “*Nutrição*”, que agrega 5 itens, apresentou um valor de Alpha de Cronbach’s de 0,784; quanto à categoria “*Auto-Cuidado*” que reunia 11 itens o resultado de Alpha de Cronbach’s foi de 0,643; quanto à categoria “*Segurança Motorizada*”, composta por 3 itens, teve um valor de *Alpha de Cronbach’s* de 0,447 e por fim a última categoria “*Drogas e Similares*”, que reunia 6 itens, apresentou um valor de *Alpha de Cronbach’s* de 0,512. Os valores *Alpha de Cronbach’s* estimados no nosso

estudo foram ligeiramente superiores ao que o autor da validação obteve no seu estudo (Gonzalez e Pais Ribeiro 2004).

PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS

No questionário de saúde tivemos em conta as seguintes informações antropométricas: altura, peso, perímetros (cintura e pescoço).

A medição da “*altura*” teve como referência a informação presente no bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão. O parâmetro “*peso*” foi obtido com base na percepção do inquirido tendo como referência a última vez que se pesara e que tenha mantido, segundo a sua opinião, a mesma condição física.

Para a medição da “*circunferência abdominal*” foi exigido aos inquiridos que permanecessem na posição ortostática, com o abdómen relaxado. A mesma medição teria que ser feita ao nível da cintura, no ponto médio entre a crista-ílica anterior e a última costela.

Quanto à medição da “*circunferência do pescoço*” o participante poderia estar de pé ou sentado, desde que permaneça-se com a coluna direita. A fita deve ser posicionada na menor circunferência do pescoço, logo acima da proeminência laringe (*maçã de Adão*).

As medições realizadas quer ao nível do pescoço quer ao nível abdominal realizaram-se com recurso a uma *fita-métrica inextensível*.

Estas informações antropométricas foram posteriormente recodificadas.

A estimação do *Índice Massa Corporal* (IMC) teve por base as regras definidas pela Organização Mundial de Saúde. Este índice é comumente utilizado para classificar o “*baixo peso*”, “*peso normal*”, “*excesso de peso*” e “*obesidade*” em adultos (WHO 2004_a). A fórmula de estimação do Índice Massa Corporal é:

$$IMC = \frac{kg}{m^2}$$

A classificação do IMC está associada a determinados pontos de corte principais: Baixo peso – IMC < 18,50; Peso Normal – IMC [18,50 – 24,99]; Excesso de Peso – IMC [25,00 – 29,99]; Obesidade – IMC ≥ 30.

Classificou-se a *Circunferência Abdominal* ajustado ao sexo: *grupo Masculino*: Risco normal ≤ 102 cm; Risco elevado de obesidade central >102 cm. Quanto ao grupo *Feminino* a classificação foi: Risco normal ≤ 88 cm; Risco elevado de obesidade central > 88 cm (Janssen, Katzmarzyk et al. 2002; Lourenço, Oliveira et al. 2010).

Também, os autores Balkau, Deanfield, et al.,¹⁷ (*citados por Dixe e Catarino, 2010*) confirmaram os valores anteriores de Janssen et al., e que indicaram que estes valores são referidos como risco muito elevado para as doenças cardiovasculares.

DOENÇAS CRÓNICAS, COMPORTAMENTOS E CUIDADOS DE SAÚDE

Também no nosso estudo foram realizadas perguntas no sentido de aferir a presença de doenças crónicas e a identificação das mesmas. Se as pessoas tinham antecedentes familiares de doença crónica e qual(ais) era(m) a(s) doença(s).

Procuramos conhecer qual(ais) a(s) entidade(s) de saúde que procuravam habitualmente para os seus cuidados médicos. Também neste âmbito foi perguntado se as pessoas frequentaram uma consulta médica nos últimos três meses, tipo de consulta, local e razão(ões) para a mesma.

Quanto ao consumo de medicamentos foi controlado o consumo dos mesmos nas duas últimas semanas e se os medicamentos tinham sido receitados ou não pelo médico.

Ainda nesta parte do questionário realizamos um conjunto de questões sobre saúde oral e que abrangeu as informações sobre a última consulta, tempo em que esta se realizara, razões/motivos para a última consulta. Também tivemos em conta a avaliação dos hábitos de higiene oral da população.

Quanto à realização de exames, foram realizadas perguntas no âmbito da saúde da mulher e outras de âmbito mais genérico como o controlo da tensão arterial e colesterol e a frequência desses mesmos controlos no tempo.

1.8.2.3 DETERMINANTES DE ESTADO DE SAÚDE

Os determinantes de “Estado de Saúde” avaliados na população do concelho de Coimbra e apresentados no mapa conceptual do questionário de saúde, serão agora descritos individualmente no que diz respeito aos hábitos tabágicos, álcool, alimentares e de atividade física na vida adulta e na adolescência.

HÁBITOS TABÁGICOS

Nesta parte (III) do nosso questionário de saúde foi avaliado o tipo de fumador no momento presente (*fumador, ex-fumador e não fumador*). Na presença de um *fumador*, foram avaliadas as práticas de fumo tais como o número médio de cigarros (dia, semana, mês), idade em que iniciara o consumo e o número de anos de fumo. Também foram interrogados quanto à frequência do

¹⁷ Balkau, B.; Deanfield, J.E., Desorés, J.P., Bassand, J.P., Smith, S.C., Barter, P., Tan, C.E., Gaal, L.V., Wittchen, H.U., Massien, C.; Haffner, S. (2007) International day for the evaluation of abdominal obesity.

consumo (*muito raramente, ocasionalmente e diariamente*) e o período do dia que mais fumava (*início da manhã, meio da manhã, almoço, meio da tarde, jantar ou igual durante todo o dia*), alteração do consumo em função da marca de tabaco e se sim qual ou quais os motivos dessa alteração. Procurou-se saber-se, enquanto fumador, se já tentara deixar de fumar. Em caso afirmativo avaliou-se o número de vezes que tinham tentado deixar de fumar e se recorrera a ajuda médica. Foram ainda questionadas sobre a *perceção de consumo de tabaco nos últimos dois anos* bem como o *tipo e marca de tabaco* que fumava.

Nas pessoas que indicaram ser *ex-fumadores* foi avaliada a informação quanto ao tempo que decorreu desde que deixara de fumar, idade em que iniciara o consumo, a média do número de cigarros (dia) e sensivelmente o número de anos de consumo. Também procuramos conhecer o tipo de hábitos tabágicos (*muito raramente, ocasionalmente e diariamente*) e o(s) motivo(s) para o abandono do consumo de tabaco.

Por fim, os *não fumadores* foram questionados quanto às a(s) razão(ões) para não aderirem ao consumo de tabaco.

Na parte IV do questionário de saúde também realizamos um conjunto de questões referentes ao período da adolescência onde procuramos aferir os comportamentos e hábitos de vida como o consumo de tabaco. Deu-se especial relevo ao início do consumo de tabaco neste período, local de início, motivos ou razões para o consumo e a frequência.

HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL

Nesta secção foi avaliado o tipo de consumidor de álcool (*consumidor, ex-consumidor e não consumidor*). As pessoas que indicaram ser consumidoras foram questionadas quanto à *idade de início de consumo* (anos), *tipo de bebida, quantidade e período do dia de consumo* quer durante a semana quer durante o fim-de-semana bem como o(s) local(ais) que habitualmente bebia (*casa, café, bar, trabalho, etc.*).

Quanto ao ex-consumidor também foi avaliada a *idade em que iniciara o consumo* de álcool, o *número de anos, em média, que bebeu*, bem como o *tempo desde que deixara de beber* (*meses ou anos*). Procuramos também conhecer o(s) motivo(s) do abandono do consumo de álcool.

Na presença de um não consumidor foi avaliada a(s) razão(ões) para o não consumo.

Também na parte IV do questionário de saúde realizamos questões referentes ao período da adolescência onde procuramos aferir os comportamentos do consumo de álcool. Mais uma vez, preocupa-mo-nos em saber se foi neste período da vida que o início do consumo se iniciara, local de início, motivos ou razões para o consumo e o tipo de bebida consumida habitualmente.

HÁBITOS ALIMENTARES

Neste âmbito procuramos descrever um conjunto de informações no momento atual sobre os hábitos alimentares que vão desde o número de refeições diárias praticadas pelos habitantes, número de refeições realizadas fora de casa (*semana*), alteração dos hábitos alimentares e, em caso afirmativo, foi avaliado o tempo (*meses/anos*), o motivo e as alterações percebidas. Também procuramos avaliar os hábitos de consumo de água e quantidade ingerida por dia.

Quanto ao tipo de culinária procuramos conhecer o tipo (*cozidos, assados, fritos, grelhados, estufados e crus*) e a frequência da mesma (*1 ou + vezes/dia; 4 – 6 vezes/semana; 1 - 3 vezes/semana ou <1 vez/semana*).

Também procuramos avaliar as práticas de confeção (*cozidos, assados, fritos, grelhados, estufados e crus*) em função do tipo de alimento (*peixe, carne*) bem como os comportamentos de consumo quanto à *gordura da carne, pele do frango e sal*.

Avaliou-se a perceção dos habitantes do concelho de Coimbra quanto ao tipo de alimentação que praticavam diariamente (*tipo mediterrânica, vegetariana, macrobiótica, fast-food, etc.*), o tipo de gordura que mais privilegiavam na confeção das refeições (*óleo vegetal, azeite, margarina, manteiga, banha ou nenhuma*).

Como referido em anteriores secções, na parte IV do questionário de saúde também realizamos um conjunto de questões referentes aos hábitos alimentares na adolescência onde pedimos aos inquiridos que quantificassem o número de refeições principais por dia e como classificavam o tipo de alimentação.

HÁBITOS DE ATIVIDADE FÍSICA

Procuramos avaliar as informações que dizem respeito aos hábitos de atividade desportiva dos habitantes do concelho de Coimbra. Neste âmbito inicialmente foi questionado o número de horas de sono, em média, que praticavam diariamente, número de horas por semana de atividade laboral bem como a forma como se deslocavam para o seu local de trabalho (*a pé, carro, transporte público, outro*).

Enquanto trabalhador o indivíduo teria que identificar o tipo de atividade física no seu local de trabalho (*Está sentado a maior parte do tempo; Está de pé e anda, mas sem outra atividade física; Está de pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objetos; Tem atividade física pesada*).

Questionou-se a população em geral sobre os hábitos de praticar algum tipo de atividade física ou desporto. Em caso afirmativo pedia-se para identificar qual(ais) (*futebol, andebol, atletismo, caminhadas, etc.*), o número de vezes por semana e duração (hora) e o local (*fechado/aberto*). Ao praticante de atividade desportiva questionou-se sobre o tipo de prática (profissional ou amadora),

se praticavam sozinhos ou acompanhados e o(s) objetivo(s) desta prática (*manutenção, competição, etc.*).

Na presença de pessoas que indicaram não praticar qualquer atividade desportiva foram questionadas sobre o(s) motivo(s) para a não prática (*não gostar, não se sentir motivado, etc.*).

Por fim, também na parte IV do questionário de saúde, realizamos um conjunto de questões referentes ao período da adolescência onde procuramos aferir dos comportamentos de prática de atividade física. Sobre este âmbito avaliamos a informação sobre a prática de exercício físico, o local (dentro e fora da escola), tipo de prática e o(s) motivo(s) para a não realização de atividade física.

1.9 ESTRATÉGIAS ESTATÍSTICAS NA ANÁLISE DOS DADOS

Como anteriormente apresentamos sobre as diferentes fases de análise, para dar resposta aos objetivos gerais e específicos de investigação, também aqui dividimos as estratégias de análise estatística por etapas da nossa investigação para que se possa, detalhadamente, compreender os métodos de análise univariada, bivariada e multivariada aplicados.

1.9.1 Avaliação Psicométrica dos Indicadores de Saúde

Para a estimação dos indicadores de saúde como o Locus-de-Controlo de Saúde, Índice de Qualidade de Vida e Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde houve a necessidade de avaliar as suas características psicométricas.

Na avaliação psicométrica das diferentes escalas em estudo recorreu-se a uma análise multivariada. Esta refere-se a todas as técnicas estatísticas que simultaneamente analisam múltiplas medidas sobre indivíduos ou objetos sob investigação. Assim, qualquer análise simultânea de mais de duas variáveis pode ser considerada como multivariada (Hair, Black et al. 2009).

Sob este princípio de análise multivariada, todas as variáveis (k_i) devem ser aleatórias e inter-relacionadas de tal maneira que os seus efeitos não podem ser significativamente interpretados em separado. A análise multivariada procura, de forma genérica, medir, explicar e prever o grau de relação entre *variáveis estatísticas* (combinações ponderadas de variáveis) (Hair, Black et al. 2009).

O modelo de análise multivariado aplicado nesta fase do nosso estudo foi a *Análise Fatorial*. A Análise Fatorial é uma técnica de análise multivariada integrada num grupo de medidas designadas por *Técnicas de Interdependência* (Hair, Black et al. 2009). Face ao exposto quando abordamos este modelo não existem, conceptualmente, variáveis independentes e dependentes¹⁸, pois, o que é proposto é encontrar uma estrutura subjacente a todo o conjunto de variáveis (Manly 2005).

Procuramos, com base nesta análise estimar a “*variável estatística*” enquanto valor que resulta de uma combinação linear de variáveis (X_i) com pesos empiricamente determinados. O modelo multivariado pode ser escrito da seguinte forma:

$$\text{Valor da Variável Estatística } (Y): w_1 X_1 + w_2 X_2 + w_3 X_3 + \dots + w_k X_k$$

Legenda: X_k é a variável observada e w_k é o peso fatorial.

O resultado (Y) é o único valor que representa a combinação de um conjunto inteiro de variáveis que melhor atinge o objetivo da análise multivariada específica e que neste caso é a Análise Fatorial. Com base neste modelo de análise procura-se obter a melhor estrutura (padrões) de variáveis que inicialmente revelaram um padrão de correlação (Pestana e Gageiro 2005; Hair, Black et al. 2009).

Na aplicação do *Modelo de Análise Fatorial* (AF) recorremos ao *Método de Componentes Principais* (CP). Esta análise procura avaliar as inter-relações de um número de variáveis originais e que de certa forma irão permitir definir um conjunto de dimensões comuns designados por fatores latentes ou intrínsecos com a menor perda de informação possível (Pestana e Gageiro 2005; Marôco 2007; Hair, Black et al. 2009).

Segundo a literatura, a aplicação a *Análise Fatorial* exige um tamanho amostral mínimo de $n \geq 50$ casos. No entanto, este valor indicativo deve ter em conta o número de variáveis a testar (k_i) no modelo. Face ao exposto, procuramos estimar um tamanho mínimo de amostras em função de k variáveis aplicando a regra ($N = 5k$) quando o número de variáveis em estudo for superior a 15 ($k > 15$) (Hill e Hill 2002).

Porém, em algumas análises realizadas por nós tivemos $k < 15$ o que perante esta situação a estimação de um número de amostras necessárias baseou-se na regra de ($N = 10k$) (Hill e Hill 2002). No entanto, todos os Modelos de Análise Fatorial aplicados no nosso trabalho de investigação apresentaram valores totais amostrais bastante superiores aos valores teóricos apresentados na literatura.

¹⁸ Se estivéssemos perante variáveis desta natureza os modelos a aplicar seriam integrados, segundo a literatura, em *Técnicas de Dependência*.

Para a estimação do Modelo de Análise Fatorial tivemos em conta os seguintes pressupostos segundo a literatura (Manly 2005; Marôco 2007; Tabachnick e Fidel 2007):

- A estimação dos fatores comuns (f_k), terão que ser independentes (ortogonais) e igualmente distribuídos com média de “0” e variância unitária ($k=1, \dots, m$).
- Para a estimação dos fatores específicos (η_j), estes também deverão ser independentes (ortogonais) e igualmente distribuídos com média de 0 e variância unitária ($j=1, \dots, p$).
- Por fim, ambos os fatores comuns (f_k) e específicos (η_j), deverão ser ortogonais.

Para a estimação (extração) dos *fatores comuns* e *específicos* tivemos que avaliar a qualidade das correlações entre as variáveis originais previamente. Para avaliar a qualidade das correlações recorremos à estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) enquanto *Medida de Adequação de Amostragem* (Pestana e Gageiro 2005). Segundo os mesmos autores esta medida de adequação é uma medida que avalia a homogeneidade das variáveis, e que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. O resultado da estatística de KMO varia entre 0 e 1. Segundo a literatura especializada vejamos como podemos interpretar diferentes valores de *Kaiser* (Pestana e Gageiro 2005; Marôco 2007): $\leq 0,5$ *Inaceitável*; $]0,5 - 0,6]$ *Mau mas ainda aceitável*; $]0,6 - 0,7]$ *Medíocre*; $]0,7 - 0,8]$ *Média*; $]0,8 - 0,9]$ *Boa*; $]0,9 - 1,0]$ *Excelente*.

Para a estimação dos “pesos fatoriais” (*factor loadings*) recorremos ao método das *Componentes Principais*. O número de componentes principais a extrair (reter) fez-se de acordo com diferentes critérios:

- Com os “valores próprios” (*Eigenvalues*), também conhecidos por variância das componentes ou “raízes características”, devem apresentar estimativas ≥ 1 (Pestana e Gageiro 2005; Marôco 2007). Este critério também conhecido por “*critério de Kaiser*” indica-nos que devemos reter os fatores (componentes) que agregam em si maior informação estandardizada (variância) de uma variável original.
- Também recorremos ao critério do “*Scree plot*”. Este tipo de representação gráfica em que apresenta no eixo das abcissas os *fatores a reter* e no eixo das ordenadas os respetivos *valores próprios*. Segundo a literatura, devemos reter os fatores até aquele em que se observa a inflexão da curva do gráfico que relaciona o número do fator e o respetivo valor próprio, isto é, selecionam-se as componentes até que a linha que as une comece a ficar horizontal ou de reduzido declive (Marôco 2007; Tabachnick e Fidel 2007; Mello 2014).
- Análise da Variância Extraída por cada fator (componente) e a Variância Extraída Total. Assumiu-se reter os fatores com valores de variância $\geq 5\%$ e com uma variância total mínima de 50% (Marôco 2007; Marôco 2010a).

Para obter a melhor solução fatorial recorreremos ao *Método de Rotação Varimax*. Este tipo de método de rotação permite identificar qual a variável original que está fortemente associada a um único fator (componente) (Manly 2005; Marôco 2007).

Por fim, para avaliarmos a Qualidade do Modelo Fatorial recorreremos ao *Modelo da Máxima Verosimilhança*, isto é, o modelo final ajustado explica convenientemente as correlações observadas entre as variáveis originais (Tabachnick e Fidel 2007).

Após a identificação das componentes (*fatores*) de cada instrumento segundo as orientações apresentadas pelos autores referidos anteriormente propusemos avaliar a *Fiabilidade Interna* com recurso à Estatística de *Alpha de Cronbach*. Esta estatística é designada por uma medida de fidelidade que avalia o conjunto de itens que compõem cada dimensão como o conjunto total de itens de cada instrumento (Pestana e Gageiro 2005; Mello 2014).

Os valores de alfa que nos orientaram para avaliação da consistência interna (fiabilidade) foram: *Valor negativo de alfa, o modelo deverá ser inviabilizado*; $< 0,6$ *inaceitável*; $[0,6 - 0,7[$ *fraco*; $[0,7 - 0,8[$ *razoável*; $[0,8 - 0,9]$ *boa*; $> 0,9$ *excelente* (Hill e Hill 2002; Mello 2014).

Para além da avaliação da consistência interna de cada componente (*fator*) com recurso ao respetivo *Alpha de Cronbach*, estimaram-se as *correlações item-total* isto é, com base nesta decisão procurámos avaliar as correlações entre os valores atribuídos a cada item e o valor total para o conjunto dos itens. Assumiu-se que as correlações entre cada item e o total eram relativamente fortes e de forma significativa se a estatística do teste de correlação estivesse compreendida entre os valores de $[0,4; 0,7]$ (Hill e Hill 2002; Pestana e Gageiro 2005).

Também avaliamos a qualidade das *correlações entre itens* consoante as componentes (*fatores*) de cada escala. A qualidade das correlações assumiu-se como boa (elevadas) se apresentassem valores positivos, estatisticamente significativos e que estivessem compreendidos num intervalo de variação $[0,4; 0,7]$ (Hill e Hill 2002).

1.9.2 Descrição das medidas estatísticas descritivas aplicadas aos indicadores e determinantes de saúde

Nesta fase da investigação recorreu-se a medidas que sintetizam os nossos resultados com recurso a medidas de estatística descritiva e a métodos gráficos complementares. Esta é a função da Estatística Descritiva (Silvestre 2007). Esta descreve, de forma sumária, uma ou mais características (variáveis) fornecidas por uma amostra de dados (Hill e Hill 2002; Aguiar 2007; Santos 2007).

Para a análise de resultados recorreu-se a medidas de frequências quer absolutas (n_i) quer relativas simples (f_i). Também foram aplicadas medidas descritivas de tendência central e que

incluíram em especial os estimadores: média (\bar{x}) e mediana (\tilde{x}). Quanto a medidas de dispersão absolutas foram aplicados os estimadores: desvio padrão (s) e amplitude (A).

Neste âmbito da descrição dos diferentes indicadores e determinantes também recorreremos a medidas de tendência não central que neste caso identificamos como quartis.

1.9.3 Descrição dos modelos de inferência estatística aplicados aos indicadores e determinantes de saúde sobre a percepção de estado de saúde

Nesta fase da nossa investigação propusemos aplicar modelos de *Inferência Estatística* para que dessem resposta aos objetivos de investigação anteriormente apresentados. A *inferência estatística* procura generalizar determinadas conclusões para um universo tendo por base um conjunto de dados amostrais representativos dessa mesma população (Silvestre 2007; Mello 2014). As inferências estatísticas são realizadas quer por intervalos de confiança quer por testes estatísticos aplicados a amostras aleatórias ou não (Pestana e Gageiro 1998; Martins 2006).

Nesta fase procuramos avaliar a percepção de estado de saúde segundo o índice de QVRS em função de determinados indicadores e determinantes (contexto e saúde). A análise que nos propusemos realizar, nesta fase do nosso estudo, foi do tipo *univariada* e *bivariada*. As técnicas estatísticas univariadas são aquelas que avaliam as diferenças entre amostras e que utilizam uma variável dependente (principal) e uma variável independente (secundária). As técnicas estatísticas bivariadas avaliam a relação entre duas variáveis tais como as técnicas de associação e de correlação (Hill e Hill 2002; Aguiar 2007).

1.9.3.1 PRINCÍPIOS E PRESSUPOSTOS

Para aplicação de testes de hipóteses (testes estatísticos) recorreu-se a uma prévia avaliação dos pressupostos das variáveis métricas no que diz respeito a uma correta escolha dos tipos de testes (paramétricos ou não paramétricos). São estatísticas descritivas mais sofisticadas e essenciais na fase preparatória de algumas análises de dados e que são: as medidas de *curtose* e *assimetria* (Hill e Hill 2002).

Para a avaliação dos pressupostos no que diz respeito à assimetria de uma distribuição de valores recorreu-se ao *quociente* entre a *estatística Skewness* e seu *erro padrão*. Este quociente permitiu avaliarmos a assimetria de uma distribuição quanto ao enviesamento que a mesma apresenta relativamente à média. Se o resultado deste quociente se encontrasse dentro do intervalo de $[-1,96$ e $+1,96]$ poderíamos assumir que a variável de interesse revelaria uma distribuição tendencialmente simétrica. Se o resultado estimado for $>+1,96$ podemos afirmar que a distribuição da variável assume uma distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda;

caso o valor estimado fosse $<-1,96$ a distribuição de frequências da variável métrica era assimétrica negativa ou enviesada à direita (Pestana e Gageiro 2005; Mello 2014).

Para avaliar a distribuição de frequências no que diz respeito ao seu *grau de achatamento* (curtose) recorreu-se ao quociente da *estatística Kurtosis* e ao seu *erro padrão*. Se o resultado deste coeficiente se encontrasse dentro do intervalo de $[-1,96$ e $+1,96]$ poderíamos assumir que a variável de interesse revelaria uma distribuição tendencialmente mesocúrtica (campanular). Porém, se os valores forem $<-1,96$ a distribuição de frequências tenderia a ser do tipo platicúrtica; nos valores $>+1,96$ a distribuição tenderia a ser do tipo leptocúrtica (Pestana e Gageiro 1998; Pestana e Gageiro 2005; Mello 2014).

A avaliação de um outro pressuposto importante para a decisão da escolha de testes de hipóteses paramétricos ou não paramétrico é avaliação da *distribuição normal*. A “normal” é uma distribuição contínua, com a forma de um sino (campanular) definida com base em dois parâmetros, e que são: média (\bar{x}) e o desvio padrão (s) (Pestana e Gageiro 2005). Para a avaliação da *distribuição normal*, recorreu-se aos testes não paramétricos: *Kolmogorov-Smirnov* com o fator de *Correção Lilliefors* para dimensões amostrais >50 e/ou *Shapiro-Wilk* para dimensões amostras ≤ 50 (Marôco e Bispo 2005; Pestana e Gageiro 2005; Marôco 2007; Marôco 2010_a).

Quando a distribuição de frequências de uma variável revelasse um valor de *p-value* $\leq 0,05$ associado à estatística não paramétrica *Kolmogorov-Smirnov* ou *Shapiro-Wilk* a mesma distribuição seria classificada como não normal. Valores de *p-value* $> 0,05$ são indicativos de que a variável em estudo tem uma distribuição normal: $X \sim N(\mu; \sigma)$ (Marôco 2003; Marôco e Bispo 2005; Pestana e Gageiro 2005; Marôco 2007; Marôco 2010_a; Mello 2014).

Também recorreremos à análise gráfica de suporte aos testes que avaliaram a aderência à normalidade e que foram os diagramas *Normal Q-Q Plot* e *Detrended Normal Q-Q Plot* (Pestana e Gageiro 2005; Marôco 2010_a).

A maioria dos testes paramétricos exige que os pressupostos anteriormente apresentados sejam cumpridos de forma cumulativa, para além de que a variável de interesse (nuclear) seja do tipo de escala de intervalo ou rácio (Hill e Hill 2002). O não cumprimento dos pressupostos anteriormente apresentados conduziram-nos à aplicação de testes não paramétricos.

Para a avaliação da homogeneidade de variâncias recorreu-se ao *teste de Levene*. É um teste robusto a desvios à normalidade e também é considerado como um dos melhores testes para avaliar a homocedasticidade das variâncias (Mello 2014). Quando a distribuição de uma variável apresentava uma aderência à normal privilegiou-se a utilização do *teste Levene* para a homogeneidade de variâncias com recurso à fórmula que utiliza o estimador “média” (\bar{x}). Na ausência de uma distribuição normal aplicou-se o *teste Levene* para a homogeneidade de variâncias em que se inclui o estimador “mediana” (\tilde{x}) (Marôco e Bispo 2005).

Assumiu-se que a distribuição de frequências de duas ou mais amostras são iguais (homogêneas quanto à variância ou mediana) quando para um determinado valor de estatística de *F de Levene* e respetivos graus de liberdade (φ_1 ; φ_2) esteja associado o valor de *p – value* $> 0,05$. Valores de *p – value* $\leq 0,05$ associado à estatística de teste *F de Levene* e respetivos graus e liberdade (φ_1 ; φ_2) assumiu-se que as distribuições de duas ou mais amostras para determinada característica em estudo, revela ausência de homocedasticidade (Marôco 2007; Marôco 2010_a).

Para além da avaliação dos pressupostos anteriormente apresentados tivemos em conta o tamanho da amostra para a correta aplicação dos testes estatísticos (*testes de hipóteses*). Assumiu-se como abordagem adequada para a identificação de número de amostras em função do tipo de testes estatísticos a estimação por meio das “*regras do polegar*” (Hill e Hill 2002). Este tipo de regras baseia-se em cálculos de potência (β). Tecnicamente as decisões que são aqui apresentadas baseiam-se em valores de *potência* ($\beta = 0,5$) com uma *dimensão de efeito* médio ($\pi = 0,30$) (Hill e Hill 2002).

Quando se aplicou o teste *t-Student para amostras independentes* o tamanho mínimo exigido era de 60 casos (30 por grupo). Porém, todas as análises propostas com este tipo de teste estatístico revelaram ser superiores ao mínimo exigível. O não cumprimento deste pressuposto como o tamanho de um dos grupos fosse < 15 casos privilegiamos o modelo estatístico não paramétrico equivalente (Hill e Hill 2002).

160

Perante modelos de *Análise de Variância Simples* (um fator), a decisão do tamanho, da amostra, mínimo exigível dependeria, em parte, do número de grupos (k) independentes a estudar. Consoante o número de grupos independentes a decisão recaiu nas seguintes decisões apresentadas na literatura: ($k_3 = N: 80$; $k_4 = N: 95$; $k_5 = N: 105$; $k_6 = N: 115$).¹⁹ Procuramos cumprir o mínimo de amostras por k grupos independentes aplicando a regra de $\left(\frac{N}{k}\right)$ (Hill e Hill 2002). Como foi referido anteriormente, a maioria das nossas análises, com a aplicação deste modelo estatístico, apresentaram tamanhos de amostras bastante superiores ao que era exigido enquanto condição mínima. No não cumprimento deste pressuposto, sem excluir as medidas de distribuição anteriormente referidas, privilegiava-se o modelo estatístico não paramétrico equivalente.

No que diz respeito ao número de casos, quando aplicamos o teste de *Correlação Linear de Pearson*, era exigível numa correlação bivariada um tamanho amostral de 40 casos (Hill e Hill 2002). As análises de correlação que foram realizadas tiveram valores amostrais bastante superiores à indicação apresentada na literatura.

¹⁹ O valor de N correspondia ao total de casos a serem estudados quando aplicamos a Análise de Variância

1.9.3.2 TESTES ESTATÍSTICOS UNIVARIADOS

Quando realizamos uma comparação de médias entre duas amostras independentes aplicamos os testes *t-Student para Amostras Independentes* ou *Wilcoxon-Mann-Whitney*; Para a comparação de médias entre três ou mais amostras independentes aplicaram-se os testes *Análise da Variância* a um fator perante a homogeneidade de variâncias entre os três ou mais grupos ou na ausência deste pressuposto aplicou-se o teste *F de Brown-Forsythe* (teste robusto à igualdade de médias). Os testes não paramétricos equivalentes à Análise de Variância a um fator aplicado no nosso estudo foram *Kruskal-Wallis* e *Jonckheere-Terpstra para amostras independentes* (Aguiar 2007; Harris e Taylor 2009).

Na presença de diferenças estatisticamente significativas entre três ou mais grupos independentes comprovados pela Análise de Variância a um fator recorreu-se ao teste comparações múltiplas *Tukey* (HSD), *Bonferroni* e *Least Significant Difference*. Na presença do teste *F de Brown-Forsythe* recorreu-se ao teste de comparações múltiplas *Games-Howell* (Marôco 2007; Marôco 2010_a). Perante um modelo não paramétrico, recorreu-se ao teste de comparações múltiplas *Dunn* (Callegari-Jacques 2008).

Também foram apresentadas, na maioria das análises estatísticas, as estimativas por intervalos de confiança.

1.9.3.3 TESTES ESTATÍSTICOS BIVARIADOS

Para avaliar a correlação entre variáveis aplicou-se o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson e Coeficientes de Correlação Ordinal de Spearman. Para a avaliação da qualidade da magnitude/correlação: $r=1$ *Correlação Perfeita Positiva*; $0,8 \leq r < 1$ *Correlação Forte Positiva*; $0,5 \leq r < 0,8$ *Correlação Moderada Positiva*; $0,1 \leq r < 0,5$ *Correlação Fraca Positiva*; $0 < r < 0,1$ *Correlação ínfima positiva*; $0 =$ *Ausência de correlação*. Estes pontos de corte também se adequam para valores de correlação negativos (Marôco e Bispo 2005; Aguiar 2007; Cunha, Martins *et al.* 2007; Santos 2007; Callegari-Jacques 2008; Harris e Taylor 2009).

1.9.3.4 TOMADA DE DECISÃO

A interpretação estatística no que diz respeito à rejeição da H_0 assumiu-se como probabilidade de significância $p - value \leq 0,05$. Esta decisão baseou-se no princípio do erro de tipo I (α) ou o nível de significância, isto é, a probabilidade de encontrar uma diferença significativa quando na realidade, não existe nenhuma (Mello 2014). Alfa representa a probabilidade de que os resultados significativos observados tenham ocorrido por acaso (Hill e Hill 2002). Níveis de significância de 0,05 ou inferiores são escolhidos normalmente para minimizar a probabilidade de que os resultados observados sejam o resultado das flutuações da amostragem (Marôco e Bispo 2005; Mausner e Kramer 2007; Callegari-Jacques 2008; Harris e Taylor 2009).

Podemos, no entanto, escalonar os níveis de significância para melhor compreendermos quando estamos na presença de diferenças/associações ou correlações estatisticamente significativas:

Valor de $p - value \leq 0,05$ assumiu-se para uma probabilidade inferior ou igual a 5% de que as diferenças/ associações ou correlações são estatisticamente significativas. Para valores de $p - value < 0,01$ assumiu-se que as diferenças/ associações ou correlações são altamente significativas. Para valores de $p - value < 0,001$ revelaram diferenças/ associações ou correlações muito altamente significativas (Harris e Taylor 2009).

1.9.4 Descrição de modelos multivariados para a estimação de um perfil de estado de saúde

Para a estimação de um perfil de estado de saúde recorreremos a técnicas multivariadas. Estas técnicas, como afirma Sharma (1996), são *Análises de Dependência*, isto é, utilizam mais do que uma variável independente e/ou mais do que uma variável dependente (Hill e Hill 2002; Hair, Black *et al.* 2009).

Várias são as técnicas de dependência e estas podem ser categorizadas em duas características fundamentais:

- *Número de variáveis dependentes*: as técnicas de dependência podem ser classificadas como tendo uma única variável dependente, diversas variáveis dependentes ou até mesmo diversas relações de dependência/independência.
- *O tipo de escala de medida definida pelas variáveis*: o que pode influenciar na escolha dos melhores modelos ou técnicas de dependência tais como a Análise de Regressão Múltipla, Análise Conjunta, Análise discriminante múltipla, Modelos lineares de probabilidade, Análise Multivariada de Variância, Correlação Canónica, Análise Canónica ou Análise de Equações Estruturais (Tabachnick e Fidel 2007; Hair, Black *et al.* 2009).

Tendo por base esta pequena descrição dos modelos ou técnicas de análise de dependência mais utilizados, o método que por nós foi utilizado para construção de perfis de saúde consoante os indicadores e determinantes anteriormente apresentados foi o modelo de análise de trajetórias (*path analysis*) com recurso à *Análise de Equações Estruturais* (AEE).

Neste tipo de técnica de análise multivariada é habitual classificarmos as variáveis segundo vários critérios. Um dos destes critérios tem a ver com a orientação explicativa que é atribuída às variáveis. De acordo com este critério as variáveis poderão ser classificadas em variáveis que se pretendem explicar (variáveis explicadas) e variáveis explicativas (Silvestre 2007). As variáveis explicadas são denominadas por *variáveis-resposta* também designadas por *dependentes* ou *endógenas* e as segundas são conhecidas pela designação de *variáveis de controlo, independentes*

ou *exógenas* (Aguiar 2007; Silvestre 2007). No âmbito da nossa investigação com aplicação do Método de Análise de Equações Estruturais aplicou-se a designação de variáveis exógenas a todas as variáveis preditoras (independentes) enquanto às variáveis dependentes definiu-se como variáveis endógenas (*variáveis critério*) (Pestana e Gageiro 2005).

Como referido na literatura, as situações em que a distinção entre variáveis preditoras e variáveis critério é uma questão fundamental que, em regra, se pretendem resolver através da (Aguiar 2007; Silvestre 2007): *a*) previsão de um determinado resultado da variável endógena segundo os valores das variáveis exógenas; *b*) permitir a quantificação da relação (ou de relações) entre a(s) variável(eis) endógena(s) e as variáveis exógenas (independentes).

Estas duas notas orientadoras vão ao encontro da nossa decisão na escolha de um modelo de regressão linear que permitiu dar resposta aos nossos objetivos quer gerais quer específicos da nossa investigação.

Face ao exposto como estratégias estatísticas definiram-se Modelos Formativos recorrendo ao *Modelo de Regressão Linear Múltipla Multivariada* (MRLMM) pelo *Método de AEE*. No método de ajustamento utilizado e na sua respetiva função de discrepância recorreu-se ao *Método de Máxima Verosimilhança* (MMV). A assunção para a identificação dos diferentes modelos formativos: os pesos fatoriais (λ_i) associados aos erros de medida (ϵ_i) (*fatores específicos*) foram fixados em 1, indicando que a relação entre as variáveis manifestas (exógenas) e os erros apresentam uma relação de proporcionalidade (1:1) (Tabachnick e Fidel 2007; Marôco 2010_b; Westfall e Henning 2013).

A validação dos pressupostos de normalidade baseou-se na avaliação das medidas na forma da distribuição das variáveis manifestas: Assimetria e Achatamento. A *assimetria univariada* (sk), o *achatamento* (ku) *univariado* e a *curtose multivariada* (ku_M) foram estimados com os respetivos erros-padrão (se). Com base nos valores de: $sk < 3$ e ku univariada e multivariada $\leq 7-10$ estavam assegurados os pressupostos da normalidade (Kline cit in Marôco 2010). Porém o MMV é robusto à violação do pressuposto da normalidade se a assimetria e achatamento das distribuições das variáveis exógenas não forem muito grandes (Marôco 2010_b).

Avaliou-se a presença de *distribuição de Wishart* quanto à análise de matrizes covariâncias.

No MRLMM deve-se assumir que as variáveis explicativas (exógenas) revelam ser linearmente independentes (ortogonais), isto é, se não se verificar multicolinearidade (Pestana e Gageiro 1998; Hill e Hill 2002). Na presença de elevadas correlações lineares entre as variáveis exógenas o MRLM pode ser extremamente confuso e desprovido de significado (Marôco 2003).

Face ao exposto realizou-se o diagnóstico de multicolinearidade. Estamos perante multicolinearidade quando, num modelo de dependência (*Modelo de Regressão Linear Múltipla*), as variáveis preditoras (exógenas) revelam estar fortemente correlacionadas entre si (Mello 2014).

Face ao exposto, para a avaliação deste indicador entre as variáveis manifestas/exógenas (preditores) para cada modelo multivariado definido recorreu-se a análise das matrizes de correlação bivariada (Marôco 2003; Mello 2014). Constatamos que entre as variáveis exógenas estas, maioritariamente, apresentaram baixa ($r < 0,7$) ou quase nula correlação (Marôco 2010_b).

Segundo a literatura, não existe um valor limite a partir do qual seja possível prever problemas na estimação do MRLMM devido à presença de colinearidade entre as variáveis predictoras, porém, valores de $r > 0,75$ (Marôco 2003) ou valores de $r \geq 0,9$ estão associados a problemas de multicolinearidade (Pestana e Gageiro 1998).

Na presença de mais de duas variáveis independentes com indícios de colinearidade recorreremos posteriormente às estatísticas do “*Variance Inflation Factor*”(VIF)²⁰ (Mello 2014) e “*Tolerância*”(T) (Pestana e Gageiro 1998; Pestana e Gageiro 2005; Marôco 2010_b). O recurso a estas novas estatísticas permitiram-nos avaliar, com maior segurança, a presença de multicolinearidade, pois, a matriz de correlações é muitas das vezes insuficiente para detetar a presença ou ausência de colinearidade entre as variáveis exógenas (Pestana e Gageiro 1998; Tabachnick e Fidel 2007).

A informação de *Tolerância* (T) é indicativa do grau de que uma variável exógena (X) é explicada por todas as outras variáveis independentes (Pestana e Gageiro 1998; Hill e Hill 2002). A fórmula é:

$$Tolerância (X_a) = 1 - R^2$$

Onde podemos identificar como variável exógena (X_a) e a estatística de R^2 não é mais do que o Coeficiente de Determinação do modelo entre a (X_a) e as restantes variáveis exógenas (Pestana e Gageiro 1998; Marôco 2003). Podemos afirmar que os valores estimados pelo T, em relação à variável exógena, traduzem a sua proporção da variação que não é explicada pelas restantes variáveis predictoras (Pestana e Gageiro 1998; Marôco 2003). Os Valores de T variam entre 0 e 1, próximos de 0 são indicativos também de presença de multicolinearidade (Pestana e Gageiro 1998; Marôco 2010_b). As variáveis predictoras com valores nesta ordem de grandeza deverão ser excluídas do MRLMM (Pestana e Gageiro 1998; Hill e Hill 2002; Pestana e Gageiro 2005).

O inverso da estatística de T são os valores estimados como a estatística de VIF (Hill e Hill 2002). Quanto mais próximo o valor de VIF estiver de 0 menor será a multicolinearidade (Pestana e Gageiro 1998). Outros autores indicam que valores de VIF > 5 (Marôco 2010_b; Mello 2014) ou > 10 (Pestana e Gageiro 1998; Hill e Hill 2002; Pestana e Gageiro 2005) indicam presença de multicolinearidade entre as variáveis predictoras. Vejamos a fórmula para a estimação dessa informação:

²⁰ Habitualmente traduzido por “*Fator de inflação de Variância*”

$$VIF = \frac{1}{(1 - R^2)} = \frac{1}{Tolerância}$$

Quase a totalidade das variáveis exógenas apresentaram valores adequados segundo estes pontos de corte. No entanto, as variáveis que apresentaram multicolinearidade foram eliminadas do MRLMM.

Para o diagnóstico de “*Outliers*” que poderiam comprometer a qualidade de ajustamento do modelo estrutural de AEE recorreu-se às seguintes medidas:

a) Medidas univariada e diagnóstico visual com *diagramas de extremos e quartis*;

b) Medidas multivariadas: utilizou-se frequentemente a *Distância de Mahalanobis*. Esta estatística mede a distância de uma observação x_i à média de todas as observações de todas as variáveis (Tabachnick e Fidel 2007; Westfall e Henning 2013). Assim, para a maioria das observações, é de esperar que os valores de p_1 (*p-value 1*) sejam pequenos e os valores de p_2 sejam elevados (Arbuckle, 2009 *cit. in* Marôco 2010_b).

Para a estimação do Modelo (*Modelo Saturado*) impôs-se uma restrição que foi $\beta_{eY}=1$ resultando em $gl=0$. O que permitiu estimar exatamente as variâncias e covariâncias entre as variáveis sendo a sua função de discrepância nula. Segundo a literatura especializada se a “*função de discrepância*” for próxima ou igual a zero (0) melhor será o ajustamento do modelo teórico aos dados observados na amostra (Marôco 2010_a; Marôco 2010_b).

Para avaliar a Qualidade do MRLMM no âmbito da AEE recorreu-se à estimação do *Coefficiente de Determinação* (R^2). Este coeficiente estima a fração da variabilidade da variável endógena (dependente) que é explicada pelo modelo. Quanto mais próximo de 1 estiver R^2 melhor será o poder explicativo do modelo (Marôco 2010_b).

Para a avaliação do efeito de cada variável exógena (manifesta/preditora) no modelo (significância estatística) recorreu-se à estimação do *Rácio Crítico* (RC) do coeficiente de regressão e respetivo erro padrão:

$$\text{Rácio Crítico: } Z_{\beta_i} = \frac{\hat{\beta}_i}{\hat{\sigma}_{\beta_i}} \sim N(0,1)$$

Por fim, para a determinação dos diferentes perfis de saúde, apresentamos quer em quadros quer em gráficos os modelos ajustados com coeficientes de regressão não estandardizados ($\hat{\beta}_i$) e os respetivos erros padrão ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$) bem como os coeficientes de trajetória estandardizados (β_i) (coeficientes de regressão) e coeficientes de determinação ajustados (R^2_{adj}) das variáveis endógenas (dependentes) (Marôco 2010_b).

No que diz respeito ao tamanho das amostras em função do modelo de RLMM que tivemos em conta, e segundo a literatura, é exigido um número mínimo de 30 casos. No entanto este valor depende do número de variáveis predictoras (independentes) que possam ser usadas no modelo a

estimar. Se o número de variáveis exógenas for (k_i) o tamanho adequado de observações (amostras) a reter no modelo deve ser ($N = 5k$). Porém, a literatura sugere que para aumentar significativamente a probabilidade de generalizar com confiança os nossos resultados devemos aplicar a regra de ($N = 15k$) (Hill e Hill 2002).

Na aplicação do MRLMM tivemos que realizar algumas transformações de variáveis que inicialmente eram qualitativas nominais identificadas quanto ao atributo como dicotómicas ou pluricotómicas²¹. Esta transformação produziu numa classificação de resposta binária (0 e 1) também identificadas por *variáveis dummies* ou *variáveis artificiais* quando o valor “0” ocorre ou variáveis ativas quando o valor “1” está presente (Silvestre 2007).

1.9.5 Descrição dos modelos estatísticos para análise retrospectiva de indicadores e determinantes de saúde

Para a avaliação dos diferentes indicadores e determinantes de saúde no âmbito da adolescência, esta dividiu-se em três partes distintas. Assumiu-se que o período da adolescência termina quando os habitantes atingem a idade de 18 anos inclusive (Plano Nacional de Saúde 2012-2015).

1.9.5.1 TESTES ESTATÍSTICOS UNIVARIADOS

Partindo dos pressupostos a reter e a cumprir para uma correta aplicação dos testes de hipóteses como foi anteriormente apresentado realizamos agora de forma sumária a apresentação dos *designs* estatísticos aplicados: teste *t-Student para Amostras Independentes* e *Wilcoxon-Mann-Whitney*; Análise da Variância a um Fator, *F de Brown-Forsythe* (teste robusto para a igualdade de médias) e *Kruskal-Wallis* (Santos 2007).

Na presença de diferenças estatisticamente significativas entre três ou mais grupos independentes comprovados pela Análise de Variância a um fator recorreu-se ao teste de comparações múltiplas *Tukey (HSD)*, *Bonferroni* e *Least Significant Difference*. Na presença do teste *F de Brown-Forsythe* recorreu-se ao teste de comparações múltiplas *Games-Howell* (Marôco 2007; Marôco 2010_a). Perante um modelo não paramétrico (*Kruskal-Wallis*), recorreu-se ao teste de comparações múltiplas *Dunn* (Callegari-Jacques 2008).

1.9.5.2 TESTES ESTATÍSTICOS BIVARIADOS

Aplicou-se o teste de *Quiquadrado da Independência* (Marôco e Bispo 2005; Cunha, Martins *et al.* 2007; Santos 2007; Callegari-Jacques 2008; Harris e Taylor 2009). Para a aplicação deste teste²² tivemos que ter em conta os pressupostos fundamentais para uma correta aplicação: $N >$

²¹ Também designadas por “*Multicotómicas*”

²² Teste também identificado como Quiquadrado de Homogeneidade.

30^{23} , que as classes apresentem frequências esperadas superiores a 1 ($Fe_{ij} > 1$) e que 80% das classes de frequências esperadas sejam iguais ou superiores a 5 ($Fe_{ij} \geq 5$) (Marôco 2003; Marôco e Bispo 2005; Hicks 2006).

Também se aplicou o teste *McNemar* (teste de discordância) para amostras emparelhadas com variáveis de natureza nominal. Para a correta aplicação deste teste, tivemos em conta os pressupostos: $(a + d) > 10$;²⁴ e $\frac{(a+d)}{2} > 5$.²⁵

Aplicou-se o *Coefficiente de Correlação Linear de Pearson*. Os valores de referência para avaliar a magnitude e a direção da correlação já foram referidos anteriormente.

1.9.5.3 TESTES ESTATÍSTICOS MULTIVARIADOS

Foi aplicado no âmbito dos modelos multivariados a Análise de Variância Fatorial (ANOVA Fatorial) e a Análise de Variância Multivariada (MANOVA). A escolha da aplicação destes modelos multivariados permitiu estudar quer o efeito de interação (*efeito moderação*) entre dois ou mais fatores independentes quer os efeitos principais isolados na variação explicada de uma variável dependente (Tabachnick e Fidel 2007; Marôco 2010_a).

Os pressupostos para a aplicação da ANOVA Fatorial ou da MANOVA são: a) os casos a estudar em k grupos têm que ser independentes e aleatórios entre si e inter-grupos; b) as variáveis dependentes tenham distribuição normal multivariada; c) as variâncias-covariâncias populacionais ou amostrais entre k grupos independentes sejam homogêneas; d) os erros (ϵ_{ijk}) sejam normais e independentes, com valores médios próximos ou iguais a 0 (Marôco 2010_a).

Apesar da exigência da aplicação destes pressupostos, a maioria foram totalmente cumpridos, porém, segundo a literatura especializada, os métodos multivariados tendem a ser robustos à violação dos pressupostos da normalidade multivariada e a ausência de homogeneidade das variâncias-covariâncias (Marôco 2010_a).

Para a avaliação da homogeneidade das matrizes de variâncias-covariâncias recorreu-se ao teste M de Box.

Posteriormente recorreremos às estatísticas multivariadas de *traço de Pillai* (U) e à *Maior raiz de Roy* (λ_i). A decisão na escolha destes testes, segundo a literatura, está associada à robustez destes quando estamos perante amostras com tamanhos diferentes, pequenas, com ausência de homogeneidade das covariâncias e na presença de correlações fortes entre as variáveis dependentes (Tabachnick e Fidel 2007; Marôco 2010_a).

²³ Para amostras de tamanho inferior recorre-se ao teste de *Correção de Continuidade de Yates* Marôco, J. (2003). Análise Estatística com utilização do SPSS. Lisboa, Edições Sílabo.

²⁴ $(a+d)>25$ é adequado a aplicação do teste *Correção de Continuidade de Yates*.

²⁵ O não cumprir deste pressuposto exige-se a aplicação do teste estatístico Binomial. Marôco, J. (2003). Análise Estatística com utilização do SPSS. Lisboa, Edições Sílabo.

Na presença de efeitos de interação estatisticamente significativos recorreremos a testes para matrizes de contrastes ($\widehat{\Psi}_i$) em designs não balanceados (Marôco 2010_a). Para os efeitos principais estatisticamente significativos, recorreu-se aos testes de comparações múltiplas ajustados *Bonferroni*, *Least Significant Difference* (LSD) e *Games-Howell* (G-H).

Realizou-se também a avaliação da *Dimensão do Efeito* e a *Potência* dos testes. A *magnitude* ou *dimensão do efeito* foi tida em conta devido a que alguns grupos em estudo demonstraram tamanhos de amostras muito diferentes entre si quando aplicados em *designs* multifatoriais. As estimativas resultantes da avaliação da *dimensão dos efeitos* permitiu-nos assegurar que na presença de diferenças significativas entre grupos estas diferenças médias não seriam influenciadas pelo respetivo tamanho das amostras (Marôco 2010_a). A medida estatística que utilizamos para avaliar a dimensão do efeito foi *Eta² parcial* ($\eta_{p_i}^2$).

Segundo vários autores, a utilização da *Potência de teste* permite validar as conclusões quando estamos no âmbito da análise inferencial (Marôco 2010_a), isto é, a probabilidade de rejeitar a H_0 quando esta é falsa (Mello 2014).

Como referido na literatura, a *potência de teste* $\geq 0,80$ ²⁶ está associada à correta decisão de rejeitar a H_0 . Quando se assume este princípio maior é o grau de confiança nos efeitos que obtemos e as conclusões que se atingem (Marôco 2010_a). Na maioria das análises de variâncias multifatoriais realizadas tivemos sempre o cuidado de apresentar esta informação nos quadros que resumem as estatísticas dos modelos multivariados.

Também se aplicaram Métodos de Dependência através de *Modelos de Regressão Linear Múltipla Hierárquica* (MRLMH).

Para a correta aplicação dos modelos de dependência, assegurou-se o princípio de um mínimo de 5 casos/observações por preditor (Hill e Hill 2002). Face ao exposto, em todas as análises de dependência realizadas o número de observações/casos aplicados superaram o valor mínimo referido anteriormente.

O método de estimação para os modelos de regressão, quer linear múltiplo quer linear múltiplo hierárquico, foi do *Método Enter*. Para a avaliação da *Qualidade do Ajustamento* dos modelos de dependência recorreu-se à *Análise de Variância de Regressão* e ainda o *Coefficiente de Determinação Múltiplo Ajustado* (R_{adj}^2) (Tabachnick e Fidel 2007; Harris e Taylor 2009). Também se avaliou o efeito dos coeficientes de regressão (testes aos valores do declive $\widehat{\beta}_1$ e da ordenada na origem α) com recurso ao *teste t-Student* (Pestana e Gageiro 2005; Aguiar 2007; Tabachnick e Fidel 2007; Marôco 2010_a).

²⁶ A potência de teste é dada por $1-\beta$ em que β não é mais do que a probabilidade de cometer um erro do tipo II (não rejeitar a H_0 quando ela é falsa). Marôco, J. (2010_a). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Lisboa, ReportNumber.

Como referido anteriormente nos Modelos de Regressão Multivariados com recurso à Análise de Equações Estruturais, os modelos de dependência foram tidos em conta nos testes que avaliaram a presença de multicolinearidade (Testes: *VIF* e *Tolerance*). Apresentámos, de forma compilada, em quadros, os modelos ajustados com *coeficientes de regressão não standardizados* ($\hat{\beta}_i$) e os respetivos *erros padrão* ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$) bem como os *coeficientes de regressão standardizados* (β_i).

1.9.6 Software para o tratamento e análise de dados

Para o tratamento de dados recorreremos aos seguintes *softwares* de análise de dados: IBM SPSS AMOS – *Graphics* (v21.0); IBM SPSS *Statistics* (v21.0), *MedCalc Statistical Software*, GPower versão 3.1 e STATA

A construção dos quadros que resumem as estatísticas anteriormente apresentadas teve em linha de conta algumas referências na área médica (Peacock e Kerry 2010).



2. ANÁLISE DOS RESULTADOS

2.1 – Primeira Parte – Descrição dos Indicadores Epidemiológicos

Nesta parte do nosso trabalho dividimo-lo em três seções principais e distintas. A *Primeira Parte* da descrição incidu sobre os *indicadores de contexto*. A *Segunda Parte*, a descrição recaiu sobre os *indicadores de estado de saúde* e por fim a *Terceira* e última parte na *descrição dos respetivos determinantes de saúde*.

2.1.1. Descrição dos Indicadores de Contexto

O quadro seguinte apresenta a distribuição dos habitantes do concelho de Coimbra em função das 31 freguesias.

A amostra final ficou constituída por 1.214 habitantes. As freguesias do concelho com maior expressão amostral foram as freguesias de “*São Martinho*”, “*Santo António dos Olivais*”, “*Santa Clara*” e “*Eiras*”. Estas, segundo os censos, eram também as que revelavam maior população residente no mesmo concelho.

Os locais geográficos (freguesias) com menor proporção de habitantes inquiridos com uma proporção relativa de 1% foram as freguesias: Torres do Mondego, São João do Campo, São Bartolomeu, Ribeira de Frades, Ceira, Assafarge, Antuzede, Trouxemil, Castelo Viegas, Almedina e São Martinho da Árvore.

Quadro 8: Distribuição dos residentes inquiridos do concelho de Coimbra por freguesia

171

Freguesias	n _i	f _i (%)
1. Almalaguês	25	2,1
2. Almedina	5	0,4
3. Ameal	53	4,4
4. Antanhol	19	1,6
5. Antuzede	10	0,8
6. Arzila	61	5,0
7. Assafarge	11	0,9
8. Botão	32	2,6
9. Brasfeme	12	1,0
10. Castelo Viegas	6	0,5
11. Ceira	11	0,9
12. Cernache	12	1,0
13. Eiras	101	8,3
14. Lamarosa	20	1,6
15. Ribeira de Frades	11	0,9
16. Santa Clara	108	8,9
17. Santa Cruz	24	2,0
18. Santo António dos Olivais	203	16,7
19. São Bartolomeu	11	0,9
20. São João do Campo	11	0,9
21. São Martinho da Árvore	5	0,4
22. São Martinho do Bispo	216	17,8
23. São Paulo de Frades	16	1,3
24. São Silvestre	27	2,2
25. Sé Nova	46	3,8
26. Souselas	15	1,2
27. Taveiro	18	1,5
28. Torre de Vilela	20	1,6
29. Torres do Mondego	11	0,9
30. Trouxemil	10	0,8
31. Vil de Matos	84	6,9
Total	1214	100,0

Procuramos também realizar uma descrição das características pessoais (individuais) dos habitantes do concelho de Coimbra. Vejamos o quadro seguinte no que diz respeito à distribuição de frequências (absolutas e relativas) das características sociobiográficas dos habitantes do concelho de Coimbra em função do sexo.

Quadro 9: Caracterização sociobiográfica dos residentes do concelho de Coimbra por sexo

INDICADORES DE CONTEXTO		Sexo		
		FEMININO n (% linha)	MASCULINO n (% linha)	TOTAL n (% coluna)
CLASSES DE IDADE	[35 - 45[anos	314 (64,3)	174 (35,7)	488 (40,33)
	[45 - 55[anos	224 (58,8)	157 (41,2)	381 (31,49)
	[55 - 65[anos	110 (56,4)	85 (43,6)	195 (16,12)
	=> 65 anos	79 (54,1)	67 (45,9)	146 (12,07)
	Total	727 (60,1)	483 (39,9)	1210
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	1.º CEB incompleto	57 (76,0)	18 (24,0)	75 (6,22)
	1.º CEB	125 (59,0)	87 (41,0)	212 (17,58)
	2.º CEB	58 (54,7)	48 (45,3)	106 (8,79)
	3.º CEB	97 (54,2)	82 (45,8)	179 (14,84)
	Ensino Secundário	168 (60,0)	112 (40,0)	280 (23,22)
	Ensino Técnico-Profissional	23 (44,2)	29 (55,8)	52 (4,31)
	Bacharelato	21 (63,6)	12 (36,4)	33 (2,74)
	Licenciatura	149 (64,8)	81 (35,2)	230 (19,07)
	Mestrado/Doutoramento	26 (66,7)	13 (33,3)	39 (3,23)
Total	724 (60,03)	482 (39,97)	1206	
NACIONALIDADE	Portuguesa	720 (60,2)	476 (39,8)	1196 (98,52)
	Estrangeira	10 (55,6)	8 (44,4)	18 (1,48)
	Total	730 (60,13)	484 (39,87)	1214
GRUPO ÉTNICO	Branco	716 (60,2)	474 (39,8)	1190 (98,02)
	Negro	13 (59,1)	9 (40,9)	22 (1,81)
	Asiático	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,17)
	Total	730 (60,13)	484 (39,87)	1214
ESTADO CIVIL	Solteiro(a)	85 (66,4)	43 (33,6)	128 (10,54)
	Casado(a)/União de facto	534 (58,8)	374 (41,2)	908 (74,79)
	Divorciado(a)/Separado(a)	68 (58,1)	49 (41,9)	117 (9,64)
	Viúvo(a)	43 (70,5)	18 (29,5)	61 (5,03)
	Total	730 (60,13)	484 (39,87)	1214
VIVE CONJUGALMENTE	Sim	564 (58,4)	402 (41,6)	966 (79,57)
	Não	166 (66,9)	82 (33,1)	248 (20,43)
	Total	730 (60,13)	484 (39,87)	1214
FILHOS	Sim	632 (59,4)	432 (40,6)	1064 (87,93)
	Não	94 (64,4)	52 (35,6)	146 (12,07)
	Total	726 (60,0)	484 (40,0)	1210
NÚMERO DE FILHOS	1 Filho	262 (65,3)	139 (34,7)	401 (38,01)
	2 Filhos	283 (56,4)	219 (43,6)	502 (47,58)
	≥ 3 Filhos	84 (55,3)	68 (44,7)	152 (14,41)
	Total	629 (59,62)	426 (40,38)	1055
SITUAÇÃO RELIGIOSA (ESPIRITUAL)	Católica/Apostólica	655 (62,0)	401 (38,0)	1056 (87,13)
	Muçulmana	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (0,33)
	Protestante	6 (60,0)	4 (40,0)	10 (0,82)
	Evangélica	10 (76,9)	3 (23,1)	13 (1,07)
	Sem religião	46 (39,3)	71 (60,7)	117 (9,65)
	Santos dos Últimos Dias	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,08)
	Mórmon	4 (100,0)	0 (0,0)	4 (0,33)
	Messiânica	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,08)
	Espiritismo	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (0,41)
	Jeová	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,03)
Total	728 (60,10)	484 (39,9)	1212	
ENQUANTO RELIGIOSO	Praticante	278 (72,4)	106 (27,6)	384 (36,16)
	Não praticante	380 (56,0)	298 (44,0)	678 (63,84)
	Total	658 (61,96)	404 (38,04)	1062

A maioria dos participantes em estudo eram do sexo feminino (60,1%). No que diz respeito à distribuição dos habitantes por grupos de idades podemos verificar que uma grande parte encontrava-se entre os 35 e os 44 anos (40,33%) e os 45 e os 54 anos (31,49%). O grupo de

habitantes com menor proporção em função da idade encontrava-se na classe de idades ≥ 65 anos (12,07%).

Quanto à distribuição dos habitantes por sexo em função das classes de idade, verificamos que foram as mulheres em maior número que estiveram em cada uma das classes de idade face ao sexo masculino.

Quanto às habilitações literárias, uma grande parte dos participantes possuía “Ensino Secundário” completo (23,22%) e 25,04% possuía formação superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento). Porém, não podemos deixar de referir que 6,22% dos habitantes não tinha o “1.º Ciclo do Ensino Básico” completo. Ao analisarmos as habilitações literárias por sexo, à exceção das pessoas que tinham uma formação técnico-profissional onde a maioria eram homens, os restantes graus eram representados maioritariamente pelo grupo feminino.

No que diz respeito à nacionalidade, a maioria dos habitantes era portuguesa (98,52%). Quanto ao grupo étnico a maioria dos inquiridos era caucasiano e só 1,81% era negroide. Em ambos os indicadores a maioria eram do sexo feminino.

Quanto ao estado civil, a maioria dos habitantes era “casado” ou vivia em “união de fato” (74,79%), 10,54% era “solteiro” e 9,64% encontrava-se “separado” ou “divorciado”. Em todas as classes do estado civil o grupo dominante foi o feminino e com especial relevo proporcional na condição de viuvez (71%).

Também a maioria dos inquiridos vivia conjugalmente (79,57%). Quanto à presença de progenitores, 87,93% das pessoas tinham filhos. Quanto ao número de progenitores, 47,58% tinham dois filhos e 14,41% tinham 3 ou mais filhos.

Por fim, quanto à situação religiosa ou espiritual dos inquiridos a maioria indicou ser “católico(a)/apostólico(a)” (87,13%).

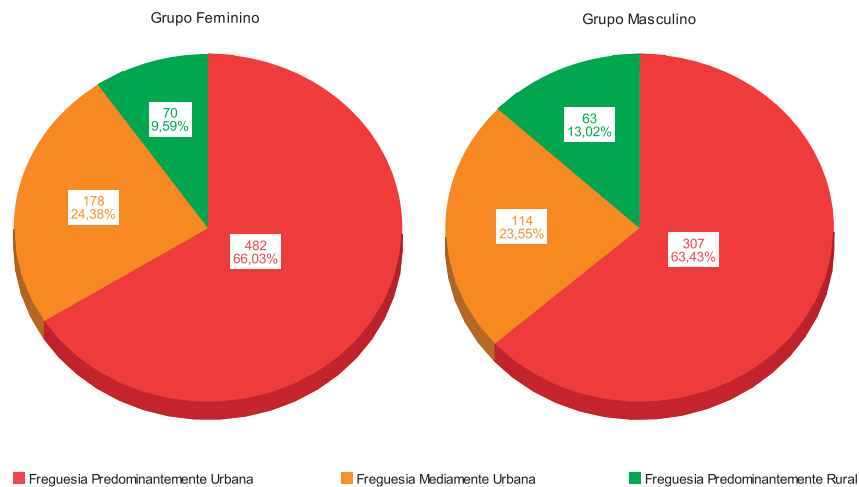
Das pessoas que indicaram ser católicas a maioria destas eram do sexo feminino. Das pessoas que indicaram não ter nenhuma religião (9,65%) a maioria era do sexo masculino (60,7%). As restantes religiões tiveram um peso de respostas $<1\%$.

Quanto ao tipo de praticante, 63,84% dos nossos inquiridos indicara não ter um papel ativo na sua religião. Porém, dos 36,16% dos habitantes que indicaram ser praticantes 72,4% eram do sexo feminino.

No que diz respeito à área de residência em função da freguesia, a maioria dos habitantes que participaram no nosso estudo residia em áreas predominantemente urbanas (65%) e só 11% é que vivia em freguesias classificadas como predominantemente rurais (gráfico 2).

Quando procuramos descrever a distribuição das áreas de residência por sexo, constatamos que a maioria dos respondentes que residia em áreas predominantemente urbanas era do sexo feminino e tendência semelhante ocorreu também nas áreas em que as freguesias foram classificadas como mediamente urbanas.

Gráfico 2: Área de residência dos habitantes do concelho de Coimbra por sexo



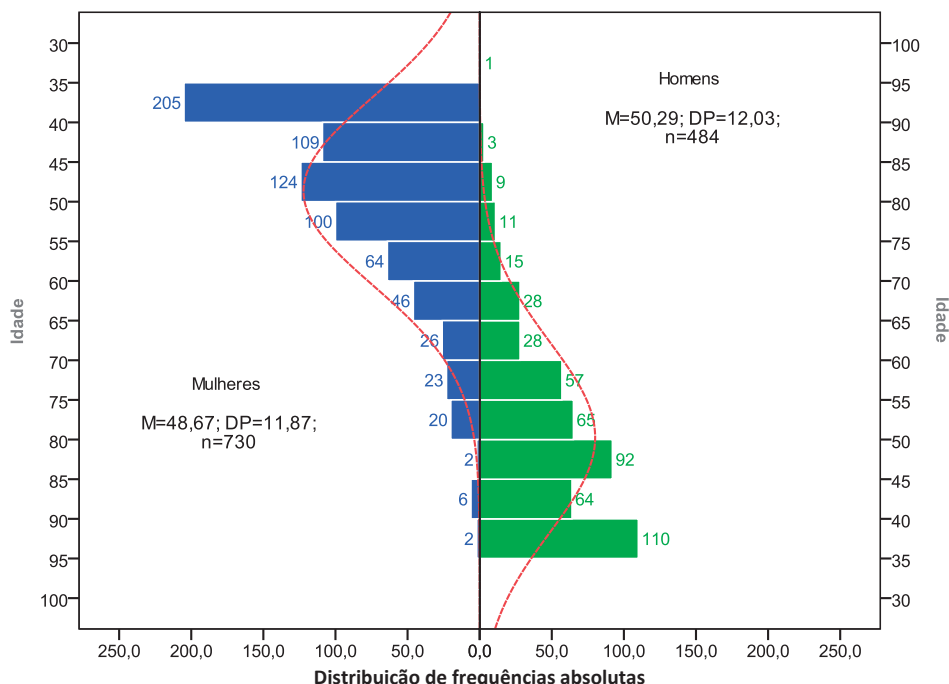
■ Freguesia Predominantemente Urbana ■ Freguesia Mediamente Urbana ■ Freguesia Predominantemente Rural

Legenda: N=1.214; Habitantes em Freguesias Predominantemente Urbanas n=789 (64,99%); Habitantes em Freguesias Mediamente Urbanas n= 292 (24,05%); Habitantes em Freguesias Predominantemente Rurais n=133 (10,96%)

No que diz respeito à distribuição dos habitantes por freguesias em cada grupo, podemos observar que a proporção de habitantes masculinos como feminino, a maioria vive em freguesias que estão classificadas como predominantemente urbanas. No entanto, 13,02% dos homens residiam em freguesias classificadas como áreas predominantemente rurais. Este valor foi relativamente superior à frequência de mulheres que viviam nesta área geográfica (9,59%).

A análise gráfica seguinte expressa a distribuição da idade por sexo:

Gráfico 3: Distribuição da idade dos residentes do concelho de Coimbra por sexo



Legenda: Idade média global=49,31; Desvio Padrão=11,96; N=1214

Dos 1214 inquiridos, a idade média foi de $49 \pm 11,96$ anos e foi o grupo masculino que revelou, em média, uma idade ligeiramente superior (50 anos) face às mulheres (49 anos).

No que diz respeito às características das habitações dos residentes do concelho vejamos o quadro seguinte:

Quadro 10: Características habitacionais e área de residência dos habitantes do concelho de Coimbra por sexo

		SEXO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (% linha)	n (% linha)	n (% coluna)
HABITAÇÃO ATUAL	Habitação Própria	548 (60,4)	359 (39,6)	907 (75,71)
	Arrendamento	172 (59,1)	119 (40,9)	291 (24,29)
	Total	720 (60,1)	478 (39,9)	1198
TIPO DE HABITAÇÃO	Casa/Moradia	419 (59,9)	281 (40,1)	700 (59,37)
	Apartamento	287 (59,9)	192 (40,1)	479 (40,63)
	Total	706 (59,9)	473 (40,1)	1179
CONFORTO DA HABITAÇÃO	Casas ou andares luxuosos	9 (50,0)	9 (50,0)	18 (1,7)
	Casas espaçosas e confortáveis	215 (60,1)	143 (39,9)	358 (33,3)
	Casas e Andares modestos	394 (60,9)	253 (39,1)	647 (60,1)
	Categoria intermédia	31 (60,8)	20 (39,2)	51 (4,7)
	Alojamentos impróprios	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (0,2)
	Total	651 (60,5)	425 (39,5)	1076
ASPETO DO BAIRRO	Bairro residencial elegante	27 (77,1)	8 (22,9)	35 (3,2)
	Bairro residencial bom	326 (60,4)	214 (39,6)	540 (50,1)
	Ruas comerciais ou estreitas e antigas	294 (59,9)	197 (40,1)	491 (45,6)
	Bairro operário, populoso e mal arejado	4 (36,4)	7 (63,6)	11 (1,0)
	Total	651 (60,4)	426 (39,6)	1077

O tipo de propriedade mais prevalente foi “Habitação Própria” (75,71%) e quanto ao tipo de habitação 59,37% residia numa “casa/moradia”. A maioria das respostas observadas entre géneros foi do grupo feminino quanto à habitação atual e tipo de habitação que os residentes possuíam.

Quanto ao conforto da habitação 60,1% classificou a com *conforto modesto* e 33,3% considerou-a *espaçosa e confortável*. Em todas as classes de conforto da habitação, à exceção da 1.^a classe “casas ou andares luxuosos”, viemos a verificar que a maioria dos respondentes eram do sexo feminino. No entanto, foram residuais as respostas em que os habitantes classificaram o seu alojamento como “impróprio”.

Quanto ao aspeto do bairro onde residiam a maioria dos habitantes classificou-o como “bom” (50,1%) ou de “zona comercial, ruas estreitas e antigas” (45,6%). A maioria destes inquiridos eram do sexo feminino.

Porém, 1% dos inquiridos que responderam indicara viver em bairros populosos e mal arejados e destes a maioria dos habitantes eram do sexo masculino (63,6%).

Quanto à descrição das características socioprofissionais dos habitantes do concelho de Coimbra, vejamos o quadro.

Quadro 11: Caracterização socioprofissional dos habitantes do concelho de Coimbra por sexo

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	SEXO	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (% linha)	n (% linha)	n (% coluna)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalhador ▪ Desempregado ▪ Reformado ▪ Estudante 		557 (59,9)	373 (40,1)	930 (76,61)
		51 (70,8)	21 (29,2)	72 (5,93)
		119 (56,9)	90 (43,1)	209 (17,22)
		3 (100,0)	0 (0,0)	3 (0,25)
	Total		730 (60,1)	484 (39,9)
SETOR ONDE EXERCE ATIVIDADE		149 (67,1)	73 (32,9)	222 (24,0)
		53 (63,1)	31 (36,9)	84 (9,08)
		302 (58,4)	215 (41,6)	517 (55,89)
		47 (46,5)	54 (53,5)	101 (10,92)
		0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,11)
Total		551 (59,6)	374 (40,4)	925
TIPO DE VÍNCULO		473 (59,0)	329 (41,0)	802 (87,46)
		63 (66,3)	32 (33,7)	95 (10,36)
		8 (57,1)	6 (42,9)	14 (1,53)
		0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,11)
		3 (60,0)	2 (40,0)	5 (0,55)
Total		547 (59,7)	370 (40,3)	917
CLASSIFICAÇÃO PORTUGUESA DAS PROFISSÕES		26 (53,1)	23 (46,9)	49 (5,69)
		79 (58,5)	56 (41,5)	135 (15,66)
		59 (57,3)	44 (42,7)	103 (11,95)
		93 (74,4)	32 (25,6)	125 (14,50)
		113 (65,7)	59 (34,3)	172 (19,95)
		2 (22,2)	7 (77,8)	9 (1,04)
		18 (20,7)	69 (79,3)	87 (10,09)
		9 (39,1)	14 (60,9)	23 (2,67)
		111 (69,8)	48 (30,2)	159 (18,45)
	Total		510 (59,2)	352 (40,8)

A maioria dos habitantes eram “ativos” (76,61%) e 17,22% encontrava-se numa situação de “aposentação”. As pessoas que se encontravam reformadas a maioria delas eram do sexo feminino (56,9%). Quanto à condição de “desemprego”, 6% dos habitantes não tinham emprego e destes a maioria eram do sexo feminino (70,8%).

No que diz respeito ao “setor” onde exercia a atividade a maioria trabalhava no “*Setor Privado por conta de Outrem*” (55,89%) e 24% na “*Administração Pública*”. Quer no “*Setor da Administração Pública*” quer no “*Setor Privado por conta de outrem*” a maioria dos trabalhadores eram do sexo feminino. No entanto, 10,92% dos habitantes ativos que indicaram trabalhar no “*Setor Privado por conta Própria*” 53,5% era do sexo masculino.

Quanto ao tipo de “vínculo” contratual verificamos que 87,46% tinham um “*Contrato de trabalho por tempo indeterminado*” e 10,36% apresentavam um “*contrato a termo*”. Também a maioria dos inquiridos nestas duas categorias eram do sexo feminino.

Segundo a “Classificação Portuguesa das Profissões” os grupos mais representativos proporcionalmente foram os “*Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores*” (19,95%), os “*Trabalhadores não qualificados*” (18,45%) e por “*Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas*” (15,66%) seguido do grupo “*Pessoal Administrativo*” com 14,50%. As profissões onde a maioria dos homens estavam presentes foram na condição de “*Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta*” (77,8%) e “*Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem*” (60,9%). Nos restantes indicadores de classes de profissão verificamos que a maioria dos inquiridos era do sexo feminino.

Também procuramos descrever algumas características dos grupos sociais que se encontravam “reformados” e “desempregados” quanto à última profissão segundo a classificação portuguesa das profissões. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 11: Caracterização socioprofissional dos reformados e desempregados dos habitantes do concelho de Coimbra por sexo

CLASSIFICAÇÃO PORTUGUESA DAS PROFISSÕES		SEXO		
		FEMININO n (% linha) M±DP	MASCULINO n (% linha) M±DP	TOTAL n (% coluna) M±DP
REFORMADOS	Profissões das Forças Armadas	0 (,0)	2 (100,0)	2 (1,0)
	Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (4,0)
	Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	17 (68,0)	8 (32,0)	25 (12,6)
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	8 (47,1)	9 (52,9)	17 (8,5)
	Pessoal Administrativo	8 (57,1)	6 (42,9)	14 (7,0)
	Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	8 (29,6)	19 (70,4)	27 (13,6)
	Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	12 (57,1)	9 (42,9)	21 (10,6)
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	2 (20,0)	8 (80,0)	10 (5,0)
	Trabalhadores Não Qualificados	53 (70,7)	22 (29,3)	75 (37,7)
	Total	112 (56,3)	87 (43,7)	199 (100,0)
Tempo de reforma (Anos)		9,63±7,57	10,05±7,39	9,81±7,48
DESEMPREGADO	Profissões das Forças Armadas	0 (,0)	1 (100,0)	1 (1,4)
	Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos	0 (,0)	1 (100,0)	1 (1,4)
	Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (7,2)
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (11,6)
	Pessoal Administrativo	7 (100,0)	0 (,0)	7 (10,1)
	Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	7 (63,6)	4 (36,4)	11 (15,9)
	Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	2 (100,0)	0 (,0)	2 (2,9)
	Trabalhadores Não Qualificados	22 (64,7)	12 (35,3)	34 (49,3)
Total	48 (69,6)	21 (30,4)	69 (100,0)	
Tempo de desemprego (Anos)		2,61±4,05	1,67±1,20	2,30±3,39

Legenda: M = Média; DP = Desvio Padrão

Uma grande parte dos reformados que participaram no estudo foram “Trabalhadores não qualificados” (37,7%) seguida das profissões dos “Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores” (13,6%), seguido das profissões de “Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas” (12,6%). No que diz respeito à distribuição dos reformados por sexo, a maioria das pessoas indicou ter sido “trabalhadores não qualificados” e “trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices” “pessoal administrativo” e “especialistas das atividades intelectuais e científicas” eram do sexo feminino.

Ao analisarmos o grupo de pessoas desempregadas também 49,3% era de “*Trabalhadores não qualificados*” seguido do setor dos “*Serviços Pessoais, Proteção e Segurança e Vendedores*” (15,9%) e ainda dos “*Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio*” e “*Pessoal Administrativo*”. Perante os grupos de profissões anteriormente descritos a maioria dos desempregados era do sexo feminino.

Quanto ao tempo médio em que os inquiridos se encontravam reformados verificamos que, em média, as pessoas estavam reformadas à $10 \pm 7,48$ anos. Esta distribuição foi semelhante quer no grupo feminino quer no grupo masculino. Quanto ao grupo de pessoas desempregadas o tempo médio foi de $2 \pm 3,39$ anos e foram as mulheres, em média, que há mais tempo se encontravam nessa condição.

Quanto à *Condição Socioeconómica* dos habitantes do Concelho de Coimbra em função do sexo apresentamos uma visão global (*Escala de Graffar*) e por tipo de ocupação. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 13: Caraterização da Condição Socioeconómica dos habitantes do concelho de Coimbra por sexo

		Sexo		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (% linha)	n (% linha)	n (% coluna)
CLASSIFICAÇÃO SOCIAL GLOBAL	Classe Alta	95 (65,1)	51 (34,9)	146 (13,12)
	Classe Média Alta	192 (63,2)	112 (36,8)	304 (27,31)
	Classe Média	282 (55,0)	231 (45,0)	513 (46,09)
	Classe Média Baixa	102 (68,9)	46 (31,1)	148 (13,30)
	Classe Baixa	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,18)
	Total	672 (60,4)	441 (39,6)	1113
CLASSIFICAÇÃO SOCIAL - ATIVOS	Classe Alta	66 (66,0)	34 (34,0)	100 (12,09)
	Classe Média Alta	154 (62,3)	93 (37,7)	247 (29,69)
	Classe Média	234 (55,6)	187 (44,4)	421 (50,60)
	Classe Média Baixa	48 (75,0)	16 (25,0)	64 (7,69)
	Total	502 (60,3)	330 (39,7)	832
CLASSIFICAÇÃO SOCIAL – REFORMADOS	Classe Alta	25 (62,5)	15 (37,5)	40 (19,14)
	Classe Média Alta	22 (59,5)	15 (40,5)	37 (17,70)
	Classe Média	30 (46,2)	35 (53,8)	65 (31,10)
	Classe Média Baixa	41 (63,1)	24 (36,9)	65 (31,10)
	Classe Baixa	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,96)
Total	119 (56,9)	90 (43,1)	209	
CLASSIFICAÇÃO SOCIAL – DESEMPREGADOS	Classe Alta	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (9,72)
	Classe Média Alta	16 (80,0)	4 (20,0)	20 (27,78)
	Classe Média	18 (66,7)	9 (33,3)	27 (37,5)
	Classe Média Baixa	12 (66,7)	6 (33,3)	18 (25,0)
	Total	51 (70,8)	21 (29,2)	72

De forma global uma grande parte dos habitantes encontrava-se na condição social intermédia (*Classe Média*) da escala de *graffar* (46,09%) e 27,31% enquadrava-se na Classe Média Alta. Porém, 13,48% pertenciam à Classe Média Baixa ou Baixa.

Quanto à distribuição dos habitantes por sexo em função da classe social o grupo feminino foi sempre o mais representativo em quase todas as classes discriminadas à exceção da Classe V.

Os inquiridos que exerciam uma atividade profissional pertenciam, na sua maioria, à *Classe Média* (50,60%) e 29,7% à Classe Média Alta. Em todas as classes sociais o grupo feminino prevalecera de forma proporcional face ao grupo masculino.

Tendo em conta a última profissão segundo a classificação portuguesa das profissões, 32,06% das pessoas aposentadas encontravam-se integrados na Classe Social “Média Baixa” ou “Baixa” enquanto 31,10% dos inquiridos encontrava-se na Classe Social Média. Também podemos acrescentar que a maioria dos reformados que se encontrava na classe social “Média Baixa”, ou “Baixa” era do sexo feminino, enquanto 53,8% dos reformados do sexo masculino estavam classificados na classe “média”.

Quanto às Classes Sociais “Média Alta” e “Alta” a maioria dos reformados era do sexo feminino.

Quanto às pessoas que se encontravam desempregadas mas tendo como referência a última profissão, 37,5% eram pessoas da “Classe Média” e 27,78% pertenciam à “Classe Média Alta”. Destas pessoas que se encontravam numa situação sem ocupação e integradas nestas classes anteriormente referidas a maioria era do sexo feminino.

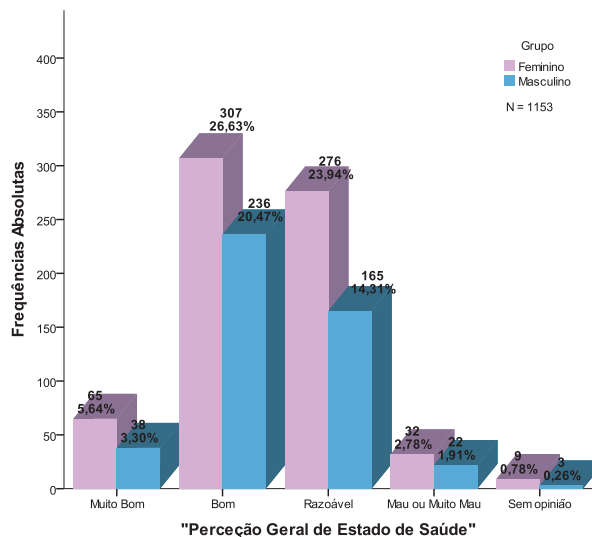
2.1.2. Descrição dos Indicadores de Estado de Saúde

2.1.2.1 CARATERIZAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE

No questionário de saúde foi apresentada a pergunta como classificaria o seu “Estado Geral de Saúde”. Vejamos as respostas dos participantes do concelho no gráfico seguinte:

Como podemos observar dos 1153 inquiridos uma grande parte dos participantes classificou o seu estado de saúde “Bom” (47,1%) e “Razoável” (38,2%). Em ambas opções referidas, a maioria era do sexo feminino. Quando avaliamos a percepção de “Estado Geral de Saúde” dentro de cada grupo constatamos que 50,86% (n=236) dos homens classificaram o seu estado geral de saúde “Bom” e 35,56% (n=165) de “Razoável” face ao total dos 464 homens

Gráfico 4: Descrição da Percepção de Estado Geral de Saúde dos habitantes do concelho de Coimbra



que responderam a esta pergunta. No que diz respeito ao grupo feminino, 44,56% (n=307) classificaram a sua saúde em geral como “Bom” e 40,06% (n=276) “razoável” face ao total de 689 mulheres que responderam a esta pergunta (Quadro - Anexo).

Quanto às características antropométricas dos habitantes do concelho de Coimbra vejamos o quadro seguinte:

Quadro 14: Descrição dos parâmetros antropométricos dos residentes do concelho de Coimbra por sexo

	SEXO		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
	M ± DP (n)	M ± DP (n)	M ± DP (n)
ALTURA (m)	1,61±0,06 (701)	1,72 ±0,07 (468)	1,65 ± 0,08 (1169)
PESO (kg)	65,56±10,09 (697)	80,81±10,92 (463)	71,65 ± 12,83 (1160)
ÍNDICE MASSA CORPORAL (Kg/m ²)	25,39±3,91 (696)	27,38 ±3,21 (463)	26,18 ± 3,78 (1159)
PERÍMETRO DA CINTURA (cm)	87,48±14,75 (542)	96,15 ±15,17 (359)	90,93 ±15,50 (901)
PESCOÇO (cm)	35,27±3,65 (530)	39,50 ±6,72 (354)	36,96 ±5,51 (884)

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão.

A altura média da população em estudo foi de 1,65m±0,08 e foram os homens que revelaram, em média, uma altura superior face ao grupo feminino. Quanto ao peso estimado, em geral, obteve-se um peso de 71,65 ± 12,83 kg e foram também os homens que apresentaram um peso médio superior às mulheres. No que diz respeito ao Índice Massa Corporal (IMC) estimado na população em geral este foi de 26,18 ± 3,78 kg/m². Quanto às medidas do Perímetro da Cintura e o Pescoço, foram os homens que em média apresentaram valores mais elevados face ao sexo feminino.

Procuramos de seguida descrever alguns dos indicadores anteriores, mas agora recodificados conforme a literatura e que detalhamos no quadro seguinte:

Quadro 15: Descrição do IMC e Perímetro da Cintura (classes) dos residentes do concelho de Coimbra por sexo

		SEXO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (% linha)	n (% linha)	n (% Coluna)
ÍNDICE MASSA CORPORAL – CLASSIFICAÇÃO (N=1159)	Baixo Peso	4 (100,0)	0 (0,0)	4 (0,35)
	Peso Normal	354 (77,3)	104 (22,7)	458 (39,52)
	Excesso de Peso	254 (48,3)	272 (51,7)	526 (45,38)
	Obesidade Classe I	66 (47,1)	74 (52,9)	140 (12,08)
	Obesidade Classe II	18 (62,1)	11 (37,9)	29 (2,5)
	Obesidade Classe III	0 (0,0%)	2 (100,0)	2 (0,17)
PERÍMETRO DA CINTURA – CLASSIFICADO (N=900)	Normal	295 (52,7)	265 (47,3)	560 (60,2)
	Risco Elevado (Obesidade abdominal)	247 (72,4)	94 (27,6)	341 (39,81)

Ao nível das classes de IMC, os critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) veio a demonstrar que 45,38% da população adulta apresentava “*Excesso de Peso*” e 14,75% encontravam-se numa condição de “*Obesidade Mórbida*”. A condição de “*Baixo Peso*” expressou-se em 0,35% da população em estudo.

Quando descrevemos a distribuição do IMC por sexo foram os homens que proporcionalmente apresentaram maior número de casos com a condição de “*Excesso de Peso*” e “*Obesidade Mórbida*” comparativamente ao sexo feminino. Porém, das 458 pessoas que revelaram ter um “*peso normal*” 77,3% eram do sexo feminino.

De forma geral, a maioria da população em estudo revelou ter “*peso alterado*” - baixo peso, excesso de peso e obesidade (60,48%).

Quando procuramos compreender a distribuição do grupo de pessoas com a condição de “*Obesidade Mórbida*” pelas classes definidas pela OMS, constatamos que 12,08% pertencia à classe I de Obesidade Mórbida e 2,5% à Classe II. Quando comparamos esta expressão de obesidade por sexo, ao nível da classe I, foram os homens que revelaram maior número de pessoas nesta condição (52,9%). Na classe II de Obesidade Mórbida foram as mulheres que prevaleceram nesta condição (62,1%).

Quando avaliamos as classes de IMC em cada grupo (sexo) verificamos que 48,56% das mulheres revelaram ter um peso alterado (excesso ou obesidade) enquanto que no grupo masculino este indicador foi mais elevado (77,54%).

No que diz respeito ao *Perímetro da Cintura* de forma geral 40% dos habitantes revelaram um risco elevado de obesidade e a maioria destes eram do sexo feminino (72,4%).

Com base nesta classificação das 542 mulheres em estudo, 45,57% encontravam-se numa condição de elevado risco. Em contraste com o grupo masculino que dos 359 participantes 26,18% é que se encontravam numa condição de risco elevado.

Na caracterização do perfil de estado de saúde procuramos descrever, no momento presente, quanto à presença de doenças crónicas ajustadas por sexo.

Procuramos contabilizar o número de doenças crónicas por classes em função do sexo. Vejamos o quadro seguinte:

Podemos constatar que 38,55% dos inquiridos sofre de doenças crónicas e destes 27,3% (n=332) sofre atualmente entre 1 a 2 doenças crónicas.

Quadro 16: Frequência de Doenças crónicas (Classes) dos residentes do concelho de Coimbra por sexo

NÚMERO DE DOENÇAS CRÓNICAS	SEXO		TOTAL n (% coluna)
	FEMININO n (% linha)	MASCULINO n (% linha)	
AUSÊNCIA DE DOENÇA	414 (55,5)	332 (44,5)	746 (61,4)
[1 - 2] DOENÇAS CRÓNICAS	218 (65,7)	114 (34,3)	332 (27,3)
[3 - 4] DOENÇAS CRÓNICAS	63 (69,2)	28 (30,8)	91 (7,5)
=> 5 DOENÇAS CRÓNICAS	35 (77,8)	10 (22,2)	45 (3,7)
Total	730 (60,1)	484 (39,9)	1214

A expressão de doenças crónicas tem maior peso no sexo feminino face ao sexo masculino. A prevalência de 5 ou mais doenças crónicas na amostra em estudo foi de 3,7% e a maioria das pessoas eram do sexo feminino (77,8%).

No que diz respeito à expressão da doença crónica na vida adulta ajustada por sexo vejamos o quadro seguinte:

Quadro 17: Doenças crónicas manifestadas pelos residentes do concelho de Coimbra por sexo

DOENÇAS CRÓNICAS NA VIDA ADULTA (N=468)	SEXO						TOTAL	
	FEMININO			MASCULINO			n	% Total ^(b)
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (%linha)	% coluna	% Total		
1. HTA	117(62,2)	37,0	25,0	71(37,8)	46,7	15,2	188	40,2
2. DOENÇA REUMÁTICA	35(64,8)	11,1	7,5	19(35,2)	12,5	4,1	54	11,5
3. ARTRITE REUMATOIDE	14(70,0)	4,4	3,0	6(30,0)	3,9	1,3	20	4,3
4. DOR CRÓNICA	25(75,8)	7,9	5,3	8(24,2)	5,3	1,7	33	7,1
5. DEPRESSÃO	88(82,2)	27,8	18,8	19(17,8)	12,5	4,1	107	22,9
6. DIABETES	25(49,0)	7,9	5,3	26(51,0)	17,1	5,6	51	10,9
7. OSTEOPOROSE	40(93,0)	12,7	8,5	3(7,0)	2,0	0,6	43	9,2
8. ASMA	18(75,0)	5,7	3,8	6(25,0)	3,9	1,3	24	5,1
9. BRONQUITE CRÓNICA, ENFISEMA	9(75,0)	2,8	1,9	3(25,0)	2,0	0,6	12	2,6
10. GLAUCOMA	6(60,0)	1,9	1,3	4(40,0)	2,6	0,9	10	2,1
11. TUMOR MALIGNO/CANCRO	20(66,7)	6,3	4,3	10(33,3)	6,6	2,1	30	6,4
12. PEDRA NOS RINS	21(47,7)	6,6	4,5	23(52,3)	15,1	4,9	44	9,4
13. INSUFICIÊNCIA RENAL	2(33,3)	0,6	0,4	4(66,7)	2,6	0,9	6	1,3
14. FERIDA CRÓNICA	1(33,3)	0,3	0,2	2(66,7)	1,3	0,4	3	0,6
15. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	8(72,7)	2,5	1,7	3(27,3)	2,0	0,6	11	2,4
16. DOENÇA ISQUÉMICA CARDÍACA	12(57,1)	3,8	2,6	9(42,9)	5,9	1,9	21	4,5
17. ENFARTE DO MIOCÁRDIO	4(50,0)	1,3	0,9	4(50,0)	2,6	0,9	8	1,7
18. SIFILIS	1(100,0)	0,3	0,2	0(0,0)	0,0	0,0	1	0,2
19. OBESIDADE	24(70,6)	7,6	5,1	10(29,4)	6,6	2,1	34	7,3
20. ANSIEDADE CRÓNICA	13(81,3)	4,1	2,8	3(18,8)	2,0	0,6	16	3,4
21. ARTROSE DA ANCA	20(62,5)	6,3	4,3	12(37,5)	7,9	2,6	32	6,8
22. ARTROSE DO JOELHO	26(59,1)	8,2	5,6	18(40,9)	11,8	3,8	44	9,4
23. LOMBALGIAS	34(68,0)	10,8	7,3	16(32,0)	10,5	3,4	50	10,7
24. INCONTINÊNCIA URINÁRIA	7(77,8)	2,2	1,5	2(22,2)	1,3	0,4	9	1,9
25. DISLIPIDEMIA	2(66,7)	0,6	0,4	1(33,3)	0,7	0,2	3	0,6
26. ANGINA DE PEITO	9(75,0)	2,8	1,9	3(25,0)	2,0	0,6	12	2,6
27. ALERGIAS	47(77,0)	14,9	10,0	14(23,0)	9,2	3,0	61	13,0
28. RINITE	46(86,8)	14,6	9,8	7(13,2)	4,6	1,5	53	11,3
29. CIRROSE	0(0,0)	0,0	0,0	2(100,0)	1,3	0,4	2	0,4
30. HIPOTIREOIDISMO	18(94,7)	5,7	3,8	1(5,3)	0,7	0,0	19	4,1
31. HIPERTIREOIDISMO	13(100,0)	4,1	2,8	0(0,0)	0,0	0,0	13	2,8
32. EPILEPSIA	6(60,0)	1,9	1,3	4(40,0)	2,6	0,9	10	2,1
33. ANEMIA	2(100,0)	0,6	0,4	0(0,0)	0,0	0,0	2	0,4
34. FRIBROMIALGIA	3(100,0)	0,9	0,6	0(0,0)	0,0	0,0	3	0,6
35. BECHET	1(100,0)	0,3	0,2	0(0,0)	0,0	0,0	1	0,2
36. SÍNDROME VERTIGINOSA	1(50,0)	0,3	0,2	1(50,0)	0,7	0,2	2	0,4
37. LÚPUS	1(100,0)	0,3	0,2	0(0,0)	0,0	0,0	1	0,2
38. DOENÇA CELÍACA	1(100,0)	0,3	0,2	0(0,0)	0,0	0,0	1	0,2
39. ANEURISMA CEREBRAL	1(100,0)	0,3	0,2	0(0,0)	0,0	0,0	1	0,2
40. ÚLCERA DUODENAL	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	0,7	0,2	1	0,2
41. ENDOCARDITE	1(100,0)	0,3	0,2	0(0,0)	0,0	0,0	1	0,2
42. HEPATITE B	1(100,0)	0,3	0,2	0(0,0)	0,0	0,0	1	0,2
43. DPOC	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	0,7	0,2	1	0,2
44. ARRITMIA	1(100,0)	0,3	0,2	0(0,0)	0,0	0,0	1	0,2
45. DOENÇA BIPOLAR	1(100,0)	0,3	0,2	0(0,0)	0,0	0,0	1	0,2
46. OUTRAS DOENÇAS	4(40,0)	1,3	0,9	6(60,0)	3,9	1,3	10	2,1
Total	316		67,5	152		32,5	1051^(a)	224,6

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às diferentes doenças crónicas; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às diferentes doenças crónicas.

Como podemos constatar, de um total de 468 pessoas com doenças crónicas verificamos 1051 respostas indicadoras de que as pessoas tinham mais do que uma doença. As doenças crónicas com maior expressão na nossa população inquirida foi a “hipertensão arterial” (40,2%) seguida da presença de “depressão” (22,9%), “alergias” (13%), “doença reumática” com 11,5%, “rinite” (11,3%), “diabetes” com 10,9% e Lombalgias (10,7%).

As doenças crónicas com uma expressão aproximada de 10% na nossa população em estudo foi a de “pedra nos rins”, “artrose do joelho” e “osteoporose”.

Na análise da doença crónica em função do sexo, a maioria das doenças revelou ter maior expressão em pessoas do sexo feminino à exceção das doenças como a “diabetes” (51%), presença

de “*pedra nos rins*” (52,3%), de “*insuficiência renal*” e “*ferida crónica*” (66,7%), bem como “*cirrose hepática*” (100%).

Quando avaliamos a frequência da doença crónica em função de cada grupo constatamos que ao nível do sexo feminino, as doenças com maior expressão foram a “*hipertensão arterial*” (37%), a “*depressão*” (27,8%), “*alergias*” (14,9%), “*rinite*” (14,6%), “*osteoporose*” (13%), “*doença reumática*” (11,1%) e “*lombalgias*” (10,8%).

Quanto ao grupo masculino as doenças crónicas com maior prevalência foram a “*hipertensão arterial*” (46,7%), presença de “*diabetes*” (17,1%), “*pedra nos rins*” (15,1%), “*doença reumática*” e “*depressão*” (12,5%), bem como a presença de “*artroses do joelho*” (11,8%) e “*lombalgias*” (10,5%).

No que diz respeito à prevalência de “*hipertensão arterial*” e ser mulher face à totalidade da amostra (N=468) foi de 25,0% e que foi bastante superior ao grupo masculino (15,2%). Também constatamos que a probabilidade de ser mulher e ter “*depressão*” face à totalidade da nossa amostra foi de 18,8% o que também foi superior comparativamente ao sexo masculino (4,1%). Padrão semelhante ocorrera na presença de “*alergias*” (10%) e de “*rinite*” (9,8%) em mulheres, comparativamente ao sexo masculino (3%; 1,5%). O mesmo ocorrera quanto à presença de “*osteoporose*” e “*tumor maligno/cancro*”.

Procuramos também compreender se a população em estudo possuía história familiar de doenças crónicas (Quadro 18). Os antecedentes de doença crónica mais apontados pelos nossos habitantes (N=865) foi a “*hipertensão arterial*” (52,6%), “*diabetes*” (37,1%), “*tumor maligno/cancro*” (26,5%), “*depressão*” (21,6%), “*alergias*” (19,2%), “*doença reumática*” (17,3%), “*asma*” (15,8%), “*acidente vascular cerebral*” (15,4%), “*rinite*” (13,9%), “*artrose do joelho*” (12,3%), “*pedra nos rins*” (11,8%) e “*osteoporose*” (11,4%).

Na presença de antecedentes de doença crónica na história familiar de cada habitante, quando comparado por sexo, constatou-se que a maioria dos antecedentes de doença ocorreu maioritariamente em pessoas do sexo feminino à exceção das doenças como a “*retinopatia*” (75%) e “*dislipidemia*” (72,7%) que tiveram maior expressão no grupo masculino.

Quando avaliamos a frequência de antecedentes de doença crónica em cada grupo individualmente constatamos que ao nível do sexo feminino, as doenças com maior expressão face ao total de mulheres (n=536) foram a “*hipertensão arterial*” (53%), a “*diabetes*” (35,1%), “*tumor maligno/cancro*” (28,2%), “*depressão*” (24,4%), “*alergias*” (20,9%), “*doença reumática*” (19,2%), “*asma*” (15,7%), “*acidente vascular cerebral*” (15,3%) “*rinite*” (15,1%) e “*artrose do joelho*” e “*osteoporose*” (12,5%), “*pedra nos rins*” (12,1%), “*bronquite crónica, enfisema*” e “*enfarte do miocárdio*” (10,1%). No que diz respeito ao grupo do sexo masculino, a frequência de antecedentes de doença crónica com maior expressão foram: “*hipertensão arterial*” (52%), a

“diabetes” (40,4%), “tumor maligno/cancro” (23,7%), “depressão” (17%), “alergias” (16,4%), “asma” (16,1%), “acidente vascular cerebral” (15,5%) “doença reumática” (14,3%) e “artrose do joelho” e “rinite” (11,9%), “pedra nos rins” e “lombalgias” (11,2%).

Quadro 18: Antecedentes familiares de doenças crónicas dos residentes do concelho de Coimbra por sexo

ANTECEDENTES FAMILIARES (N=865)	SEXO						TOTAL	
	FEMININO			MASCULINO			n	% Total ^(b)
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total		
1. HTA	284(62,4)	53,0	32,8	171(37,6)	52,0	19,8	455	52,6
2. DOENÇA REUMÁTICA	103(68,7)	19,2	11,9	47(31,3)	14,3	5,4	150	17,3
3. ARTRITE REUMATÓIDE	39(72,2)	7,3	4,5	15(27,8)	4,6	1,7	54	6,2
4. DOR CRÓNICA	31(63,3)	5,8	3,6	18(36,7)	5,5	2,1	49	5,7
5. DEPRESSÃO	131(70,1)	24,4	15,1	56(29,9)	17,0	6,5	187	21,6
6. DIABETES	188(58,6)	35,1	21,7	133(41,4)	40,4	15,4	321	37,1
7. OSTEOPOROSE	67(67,7)	12,5	7,7	32(32,3)	9,7	3,7	99	11,4
8. ASMA	84(61,3)	15,7	9,7	53(38,7)	16,1	6,1	137	15,8
9. BRONQUITE CRÓNICA, ENFISEMA	54(67,5)	10,1	6,2	26(32,5)	7,9	3,0	80	9,2
10. GLAUCOMA	24(63,2)	4,5	2,8	14(36,8)	4,3	1,6	38	4,4
11. RETINOPATIA	2(25,0)	0,4	0,2	6(75,0)	1,8	0,7	8	0,9
12. TUMOR MALIGNO/CANCRO	151(65,9)	28,2	17,5	78(34,1)	23,7	9,0	229	26,5
13. PEDRA NOS RINS	65(63,7)	12,1	7,5	37(36,3)	11,2	4,3	102	11,8
14. INSUFICIÊNCIA RENAL	30(65,2)	5,6	3,5	16(34,8)	4,9	1,8	46	5,3
15. FERIDA CRÓNICA	6(54,5)	1,1	0,7	5(45,5)	1,5	0,6	11	1,3
16. ENFISEMA	4(66,7)	0,7	0,5	2(33,3)	0,6	0,2	6	0,7
17. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	82(61,7)	15,3	9,5	51(38,3)	15,5	5,9	133	15,4
18. DOENÇA ISQUÉMICA CARDÍACA	42(68,9)	7,8	4,9	19(31,1)	5,8	2,2	61	7,1
19. ENFARTE DO MIOCÁRDIO	54(66,7)	10,1	6,2	27(33,3)	8,2	3,1	81	9,4
20. SIDA	3(75,0)	0,6	0,3	1(25,0)	0,3	0,1	4	0,5
21. OBESIDADE	50(70,4)	9,3	5,8	21(29,6)	6,4	2,4	71	8,2
22. ANSIEDADE CRÓNICA	15(71,4)	2,8	1,7	6(28,6)	1,8	0,7	21	2,4
23. ARTROSE DA ANCA	49(61,3)	9,1	5,7	31(38,8)	9,4	3,6	80	9,2
24. ARTROSE DO JOELHO	67(63,2)	12,5	7,7	39(36,8)	11,9	4,5	106	12,3
25. LOMBALGIAS	48(56,5)	9,0	5,5	37(43,5)	11,2	4,3	85	9,8
26. INCONTINÊNCIA URINÁRIA	38(67,9)	7,1	4,4	18(32,1)	5,5	2,1	56	6,5
27. DISLIPIDEMIA	3(27,3)	0,6	0,3	8(72,7)	2,4	0,9	11	1,3
28. ANGINA DE PEITO	50(71,4)	9,3	5,8	20(28,6)	6,1	2,3	70	8,1
29. ALERGIAS	112(67,5)	20,9	12,9	54(32,5)	16,4	6,2	166	19,2
30. RINITE	81(67,5)	15,1	9,4	39(32,5)	11,9	4,5	120	13,9
31. CIRROSE	12(54,5)	2,2	1,4	10(45,5)	3,0	1,2	22	2,5
32. HIPOTIREOIDISMO	18(85,7)	3,4	2,1	3(14,3)	0,9	0,3	21	2,4
33. HIPERTIREOIDISMO	11(73,3)	2,1	1,3	4(26,7)	1,2	0,5	15	1,7
34. EPILEPSIA	1(50,0)	0,2	0,1	1(50,0)	0,3	0,1	2	0,2
35. ALZHEIMER	1(50,0)	0,2	0,1	1(50,0)	0,3	0,1	2	0,2
36. DPOC	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	0,3	0,1	1	0,1
37. PARKINSON	2(100,0)	0,4	0,2	0(0,0)	0,0	0,0	2	0,2
Total		536	62,0	329		38,0	3102^(a)	358,4

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às diferentes doenças enquanto antecedentes familiares; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às diferentes doenças enquanto antecedentes familiares.

Por fim, a probabilidade de ter antecedentes de “hipertensão” e ser mulher face à totalidade dos casos (n=865) que indicaram ter antecedentes de doença crónica foi de 32,8%, o que foi bastante superior comparativamente ao grupo masculino (19,8%). Também a presença de antecedentes de “diabetes” e ser mulher perante a totalidade de pessoas com antecedentes foi de 21,7%, também superior comparativamente ao grupo masculino (15,4%). Padrão semelhante ocorrera em mulheres com antecedentes familiares de “tumor maligno/cancro”, “depressão”, “alergias” e “doença reumática” comparativamente ao grupo masculino (Quadro 18).

2.1.2.2 ENTIDADES E CUIDADOS DE SAÚDE

Quanto às entidades de saúde de que os participantes eram beneficiários e às quais mais recorreram no seu dia-a-dia, ao nível dos cuidados de saúde, por sexo, vejamos o quadro seguinte:

Quadro 19: Descrição das Entidades de Saúde que os habitantes são beneficiários ajustado por sexo

		SEXO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (%linha) [M ± DP(n)]	n (%linha) [M ± DP(n)]	n (%coluna) [M ± DP(n)]
ENTIDADES DE SAÚDE	Assistência à Doença a Serviço do Estado (ADSE)	190 (65,7)	99 (34,3)	289 (23,8)
	Serviço do Ministério da Justiça (SSMJ)	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (0,2)
	Assistência à Doença Militar Armada (ADMA)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (0,2)
	Assistência à Doença de Militares do Exército (ADME)	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (0,6)
	Serviço de Assistência à Doença à PSP (SAD/PSP)	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (0,2)
	Serviço de Assistência à Doença à GNR (SAD/GNR)	3 (33,3)	6 (66,7)	9 (0,7)
	Serviço de Ação Médica da Sociedade dos Bancários (SAMS)	4 (40,0)	6 (60,0)	10 (0,8)
	Serviço Nacional de Saúde (SNS)	499 (59,4)	341 (40,6)	840 (69,2)
	Serviço Regional de Saúde (SRS)	31 (60,8)	20 (39,2)	51 (4,2)
	Total	730 (60,1)	484 (39,9)	1214 (100,0)
SEGURO DE SAÚDE	Sim	84 (46,9)	95 (53,1)	179 (14,7)
	Não	646 (62,4)	389 (37,6)	1035 (85,3)
	Total	730 (60,1)	484 (39,9)	1214 (100,0)
COM SEGURO DE SAÚDE	N.º DE VEZES QUE RECORREU AO SEGURO DE SAÚDE (DIAS/ANO)	2,55±5,61 (84)	2,06±4,26 (95)	2,29±4,93 (179)

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão.

Assim, verificamos que a maioria dos nossos inquiridos era do SNS (69,2%) seguida pela ADSE (23,8%). Quanto à frequência de respostas por sexo, a maioria das mulheres (68,36%) indicaram recorrer habitualmente ao SNS, 26,03% ao subsistema ADSE e 4,25% ao SRS. Em relação ao grupo masculino 70,45% recorre ao SNS e 20,46% à ADSE.

Por fim, também verificamos que 85,3% não possuía qualquer seguro de saúde. Porém, das pessoas que possuíam seguro de saúde (14,7%) recorreram, em média, a esse 2,29±4,93 dias/ano. Contudo foram as mulheres que, em média, mais utilizaram este tipo de serviço (Quadro 19).

Quanto às entidades a que mais recorreram quanto aos cuidados de saúde foram:

Quadro 20: Descrição das Entidades de Saúde que os habitantes do concelho de Coimbra recorrem ajustado por sexo

ENTIDADES DE SAÚDE QUE MAIS RECORRE (N=1214)	SEXO						TOTAL	
	FEMININO			MASCULINO				
	n (%linha)	% coluna	% Total	n (%linha)	% coluna	% Total	n	Total ^(b)
▪ ADSE	171(65,5)	23,4	14,1	90(34,5)	18,6	7,4	261	21,5
▪ SSMJ	2(50,0)	0,3	0,2	2(50,0)	0,4	0,2	4	0,3
▪ ADMA	0(0,0)	0,0	0,0	2(100,0)	0,4	0,2	2	0,2
▪ ADME	2(28,6)	0,3	0,2	5(71,4)	1,0	0,4	7	0,6
▪ SAD_PSP	0(0,0)	0,0	0,0	3(100,0)	0,6	0,2	3	0,2
▪ SAD_GNR	3(33,3)	0,4	0,2	6(66,7)	1,2	0,5	9	0,7
▪ SAMS	9(50,0)	1,2	0,7	9(50,0)	1,9	0,7	18	1,5
▪ SNS	550(60,4)	75,3	45,3	361(39,6)	74,6	29,7	911	75,0
▪ SRS	27(61,4)	3,7	2,2	17(38,6)	3,5	1,4	44	3,6
Total	730	60,1	484	39,9	1259^(a)	103,7		

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às diferentes entidades de saúde; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às diferentes entidades de saúde.

Como podemos observar no quadro anterior, a maioria das resposta (n=911) foi ao SNS (75,0%) seguido da ADSE (21,5%). Quando observamos a frequência de respostas por sexo, em ambos os subsistemas de saúde anteriormente apresentados, verificamos que o predomínio das respostas são do sexo feminino comparativamente ao grupo masculino.

Ao avaliarmos o número de respostas de forma individual em cada um dos grupos, verificamos que o padrão de escolhas, no que diz respeito às entidades de saúde a que mais recorrem, é semelhante quer em mulheres (75,3%) quer em homens (74,6%) no que diz respeito ao SNS.

188 Também propusemos descrever a que tipo de entidades e de cuidados de saúde habitualmente a população do concelho de Coimbra mais recorre. Vejamos o quadro seguinte referente a esta temática.

Quadro 21: Entidade de Saúde a que recorrem para os cuidados de saúde ajustado por sexo

ENTIDADES PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE (N=1131)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO				
	n (%linha)	% coluna	% Total	n (%linha)	% coluna	% Total	n	Total ^(b)
▪ CENTRO DE SAÚDE	583(60,8)	86,1	51,5	376(39,2)	82,8	33,2	959	84,8
▪ HOSPITAL	323(57,3)	47,7	28,6	241(42,7)	53,1	21,3	564	49,9
▪ CONSULTÓRIO PARTICULAR	131(66,8)	19,4	11,6	65(33,2)	14,3	5,7	196	17,3
▪ OUTRA ENTIDADE	4(80,0)	0,6	0,4	1(20,0)	0,2	0,1	5	0,4
Total	677	59,9	454	40,1	1724^(a)	152,4		

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às diferentes entidades de saúde; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às diferentes entidades de saúde.

Percentages and totals are based on respondents.

Das 1724 respostas múltiplas a maioria recaiu na escolha do “Centro de Saúde” (84,8%) seguido do hospital da sua região (49,9%).

As pessoas que indicaram recorrer ao “Centro de Saúde” 60,8% eram mulheres. Padrão semelhante de escolhas ao nível do “hospital” (57,3%) e do serviço de saúde privado (66,8%).

Quanto à visita ao médico, área médica, local e tipo de consulta vejamos o quadro seguinte:

Quadro 22: Caracterização do tipo de cuidados que os habitantes do concelho de Coimbra recorrem ajustado por sexo

		Sexo		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (linha)	n (linha)	n (coluna)
VISITA AO MÉDICO NOS ÚLTIMOS 3 MESES	Não	232 (49,3)	239 (50,7)	471 (38,8)
	Sim	498 (67,0)	245 (33,0)	743 (61,2)
	Total	730 (60,1)	484 (39,9)	1214
ÁREA MÉDICA REFERENTE À ÚLTIMA CONSULTA	Alergologista	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (0,3)
	Cardiologista	11 (73,3)	4 (26,7)	15 (1,5)
	Cirurgião	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (0,8)
	Coloproctologia	0 (0)	1 (100,0)	1 (1)
	Dentista	28 (51,9)	26 (48,1)	54 (5,3)
	Dermatologista	6 (60,0)	4 (40,0)	10 (1,0)
	Diabetologista	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (0,3)
	Endocrinologista	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (0,4)
	Estomatologista	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (1,4)
	Fisiatra	4 (100,0)	0 (0,0)	4 (0,4)
	Gastroenterologista	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (0,7)
	Ginecologista	52 (100,0)	0 (0)	52 (5,1)
	Hematologista	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (0,5)
	Médico de Clínica Geral	440 (60,2)	291 (39,8)	731 (71,2)
	Médico de Medicina do Trabalho	19 (42,2)	26 (57,8)	45 (4,4)
	Nefrologista	1 (100,0)	0 (0)	1 (0,1)
	Neurocirurgião	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,2)
	Neurologista	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (0,7)
	Nutricionista	3 (100,0)	0 (0)	3 (0,3)
	Obstetra	3 (100,0)	0 (0)	3 (0,3)
	Oftalmologista	9 (75,0)	3 (25,0)	12 (1,2)
	Oncologista	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,2)
	Ortopedista	6 (46,2)	7 (53,8)	13 (1,3)
	Osteopata	0 (0)	1 (100,0)	1 (0,1)
	Otorrinolaringologista	4 (100,0)	0 (0)	4 (0,4)
	Pneumologista	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (0,4)
Psiquiatra	8 (88,9)	1 (11,1)	9 (0,9)	
Reumatologista	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (0,4)	
Urologista	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (0,6)	
	Total	631 (61,4)	396 (38,6)	1027 (100,0)
LOCAL DA ÚLTIMA CONSULTA	Centro de Saúde	405 (60,7)	262 (39,3)	667 (62,0)
	Hospital - Público	128 (61,8)	79 (38,2)	207 (19,3)
	Hospital - Privado	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (5)
	Consultório Particular	112 (60,9)	72 (39,1)	184 (17,1)
	Medicina do Trabalho	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (1,1)
	Total	656 (61,0)	419 (39,0)	1075 (100,0)
TIPO DE CONSULTA	Clínica Geral	489 (58,6)	346 (41,4)	835 (72,1)
	Especialidade	217 (67,2)	106 (32,8)	323 (27,9)
	Total	706 (61,0)	452 (39,0)	1158 (100,0)

No que diz respeito à última consulta médica 61,2% das pessoas inquiridas indicou que consultara o médico nos últimos três meses. Das pessoas que indicaram ter procurado o médico neste período de tempo 67% eram do sexo feminino.

Ao avaliarmos os grupos de forma distinta verificamos que das 730 mulheres em estudo a maioria (68,22%) procurou nos últimos 3 meses o médico o que é superior percentualmente quando comparado com o grupo masculino que recorrera a uma consulta neste período de tempo (50,62%).

Quanto à área médica a que as pessoas recorreram em relação à última consulta, a maioria (71,2%) indicara “médico de clínica geral” e em menor proporção o “dentista”, “ginecologista” e “médico de medicina do trabalho”. À exceção do “médico de medicina do trabalho” “estomatologista”,

“*ortopedista*” e “*urologista*” a maioria das pessoas que procurou as várias áreas médicas, presentes no quadro anterior, eram do sexo feminino.

Quanto ao local da última consulta a maioria dos inquiridos indicou o “*Centro de Saúde*” (62,0%) seguido do “*hospital público*”. No entanto, a maioria das pessoas que indicou o “*Centro de Saúde*” eram mulheres. Por fim, quanto ao tipo de consulta a que as pessoas tiveram observamos que a maioria indicara “*Clínica Geral*”.

Quanto às razões indicadas pelos inquiridos para irem à última consulta vejamos o quadro seguinte:

Quadro 23: Descrição das razões da última consulta a que recorreram ajustado por sexo

Razão da Consulta (N=1151)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	%
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	n	Total ^(b)
▪ PARA TER BAIXA MÉDICA	11(78,6)	1,6	1,0	3(21,4)	0,7	0,3	14	1,2
▪ SENTIU-SE DOENTE	173(64,8)	24,6	15,0	94(35,2)	20,9	8,2	267	23,2
▪ PEDIR RECEITAS OU EXAMES	111(60,3)	15,8	9,6	73(39,7)	16,3	6,3	184	16,0
▪ POR OUTRA RAZÃO	441(59,6)	62,8	38,3	299(40,4)	66,6	26,0	740	64,3
Total	702		61,0	449		39,0	1205^(a)	104,7

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às diferentes razões da consulta; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às diferentes razões da consulta.

A razão principal mais referida para a última consulta num período igual ou inferior a 3 meses não foi motivada por uma baixa médica ou por se ter sentido doente ou para realização de exames ou pedido de receitas para medicamentos (64,3%). Esta opção foi assumida por 59,6% das pessoas do sexo feminino. A segunda razão mais apontada para a ir a uma consulta foi por se “*sentir doente*” (23%) seguida pela terceira razão “*marcação de exames ou pedido de novas receitas médicas*” (16%). Em ambas as razões a maioria das respostas era do sexo feminino.

Propusemos de seguida apresentar o quadro que reunisse a “outra razão” da consulta médica ajustada por sexo.

Quadro 24: Descrição das “outras razões” da última consulta a que recorreram ajustado por sexo

OUTRA RAZÃO PARA A CONSULTA (N=713)	SEXO							TOTAL	
	FEMININO			MASCULINO			n	%	
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total			
EXAME DE ROTINA (SEM DOENÇA)	241(61,0)	56,8	33,8	154(39,0)	53,3	21,6	395	55,4	
MEDICINA DO TRABALHO	40(48,8)	9,4	5,6	42(51,2)	14,5	5,9	82	11,5	
CONSULTA DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO	12(100,0)	2,8	1,7	0(0,0)	0,0	0,0	12	1,7	
REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	37(72,5)	8,7	5,2	14(27,5)	4,8	2,0	51	7,2	
REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO	21(47,7)	5,0	2,9	23(52,3)	8,0	3,2	44	6,2	
MEDIÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL	18(51,4)	4,2	2,5	17(48,6)	5,9	2,4	35	4,9	
OBTENÇÃO DE CERTIFICADOS	7(41,2)	1,7	1,0	10(58,8)	3,5	1,4	17	2,4	
MOSTRAR RESULTADOS DE EXAMES	58(56,3)	13,7	8,1	45(43,7)	15,6	6,3	103	14,4	
EXAME DE ROTINA (MOTIVADOS POR DOENÇA)	37(62,7)	8,7	5,2	22(37,3)	7,6	3,1	59	8,3	
ACIDENTE	7(53,8)	1,7	1,0	6(46,2)	2,1	0,8	13	1,8	
OUTRO MOTIVO	1(50,0)	0,2	0,1	1(50,0)	0,3	0,1	2	0,3	
Total	424		59,5	289		40,5	813^(a)	114,0	

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às outras razões da consulta; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às outras razões da consulta.

Percentages and totals are based on respondents.

Segundo o quadro anterior, as pessoas (n=713) que indicaram “outra razão” para a última consulta médica esta foi maioritariamente associada à apresentação de “exames de rotina” sem doença ao seu médico (55,4%) e seguida pela opção de apresentação de resultados dos “exames associados a doença” (14,4%). A terceira razão mais apontada pelos nossos habitantes foi a consulta de “medicina do trabalho” (11,5%).

Quando comparamos as respostas mais apontadas entre homens e mulheres, verificamos que das 395 respostas observadas para a apresentação de exames de rotina sem doença e das 103 respostas com apresentação de exames associados a doença a maioria era do sexo feminino. Ao nível da medicina do trabalho, a maioria dos participantes que indica esta razão era do sexo masculino (51,2%).

2.1.2.3 MEDICAÇÃO

No que diz respeito ao consumo de medicamentos estes foram avaliados quanto ao consumo nas duas últimas semanas e se os mesmos estariam associados por indicação médica (prescrição) ou não. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 25: Descrição do tipo de consumo de medicamentos que recorreram ajustado por sexo

		SEXO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (linha)	n (linha)	n (coluna)
TOMOU MEDICAMENTOS RECEITADOS (ÚLTIMAS 2 SEMANAS)	Sim	428 (80,8)	102 (19,2)	530 (44,6)
	Não	285 (43,2)	374 (56,8)	659 (55,4)
	Total	713 (60,0)	476 (40,0)	1189 (100,0)
TOMOU MEDICAMENTOS NÃO RECEITADOS (ÚLTIMAS 2 SEMANAS)	Sim	211 (64,9)	114 (35,1)	325 (27,4)
	Não	497 (57,9)	362 (42,1)	859 (72,6)
	Total	708 (59,8)	476 (40,2)	1184 (100,0)

Quanto ao consumo de medicamentos receitados pelo médico nas duas últimas semana, 44,6% indicou que sim. A prevalência de resposta a este consumo foi mais elevada no sexo feminino (80,8%) comparativamente aos homens.

No entanto, quanto ao consumo de medicamentos sem receita médica a prevalência deste consumo foi identificado em 27,4% dos inquiridos e a maioria destes eram mulheres (64,9%).

No que diz respeito aos motivos/razões para o consumo de medicamentos sem receita médica vejamos o quadro seguinte:

Quadro 26: Descrição das razões para o consumo de medicamentos ajustado por sexo

RAZÕES PARA CONSUMO MEDICAMENTOS SEM RECEITA MÉDICA (N=322)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	%
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total		
▪ DORES	103(64,8)	49,3	32,0	56(35,2)	49,6	17,4	159	49,4
▪ CONSTIPAÇÃO, GRIPE OU INFLAMAÇÃO DA GARGANTA	124(64,9)	59,3	38,5	67(35,1)	59,3	20,8	191	59,3
▪ SINTOMAS ALÉRGICOS	15(75,0)	7,2	4,7	5(25,0)	4,4	1,6	20	6,2
▪ PROBLEMAS DE ESTÔMAGO	8(57,1)	3,8	2,5	6(42,9)	5,3	1,9	14	4,3
▪ VITAMINAS, MINERAIS OU TÔNICOS	27(81,8)	12,9	8,4	6(18,2)	5,3	1,9	33	10,2
▪ OUTROS MEDICAMENTOS	5(71,4)	2,4	1,6	2(28,6)	1,8	0,6	7	2,2
Total	209		64,9%	113		35,1%	424^(a)	131,7

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às razões para o consumo; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às razões para o consumo.

Dos 322 habitantes que indicaram ter consumido medicamentos nas duas últimas semanas, das 424 respostas múltiplas a maioria recaiu no âmbito de quadros clínicos de “*contipação, gripe ou inflamação da garganta*” (59,3%) seguida da opção “*dores*” (49,4%). A frequência de respostas a estas duas últimas respostas foram maioritariamente apontadas pelo sexo feminino. Também verificamos que 10,2% das pessoas que indicaram consumir medicamentos sem receita o seu consumo centrou-se também em “vitaminas, minerais ou tónicos” e que 81,8% das pessoas que consumiram este tipo de produtos farmacêuticos eram do sexo feminino.

Se realizarmos uma análise do consumo de medicamentos nas últimas duas semanas em separado entre homens e mulheres, verificamos que o consumo de medicamentos para as “*dores*” como para quadros clínicos de “*contipação, gripe ou inflamação da garganta*” revelou ser proporcionalmente semelhante entre os sexos.

2.1.2.4 SAÚDE ORAL

Os resultados seguintes apresentam os comportamentos que a população do concelho de Coimbra revelou em relação à saúde oral. Vejamos os quadros seguintes:

Verificamos que a maioria dos inquiridos já consultou um profissional de saúde oral (91,8%). Das pessoas que indicaram ter já consultado um estomatologista, dentista, etc.

Quadro 27: Consulta de Saúde Oral ajustado por sexo

		SEXO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (linha)	n (linha)	n (coluna)
CONSULTOU DENTISTA...	Sim	669 (60,0)	446 (40,0)	1115 (91,8)
	Não	61 (61,6)	38 (38,4)	99 (8,2)
	Total	730 (60,1)	484 (39,9)	1214 (100,0)
SE SIM NOS ÚLTIMOS 12 MESES	Sim	455 (61,8)	281 (38,2)	736 (66,2)
	Não	211 (56,3)	164 (43,7)	375 (33,8)
	Total	666 (59,9)	445 (40,1)	1111 (100,0)

66,2% indicaram ter recebido cuidados de saúde oral por estes profissionais nos últimos 12 meses.

Propusemos de seguida compreender o(s) motivo(s) associado(s) à última consulta no âmbito da saúde oral (Quadro 27).

Quadro 27: Motivo(s) da consulta de saúde oral ajustado por sexo

Razões para a consulta do dentista (N=727)	Sexo						Total	
	Feminino			Masculino			n	% Total ^(b)
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total		
▪ DORES OU URGÊNCIA	78(62,4)	17,4	10,7	47(37,6)	16,9	6,5	125	17,2
▪ EXTRAIR UM DENTE	66(52,0)	14,7	9,1	61(48,0)	21,9	8,4	127	17,5
▪ PRÓTESE DENTÁRIA (PLACA)	58(69,0)	12,9	8,0	26(31,0)	9,4	3,6	84	11,6
▪ ESTADO DE SAÚDE DA BOCA	55(59,1)	12,2	7,6	38(40,9)	13,7	5,2	93	12,8
▪ CONSULTA ANUAL	142(63,1)	31,6	19,5	83(36,9)	29,9	11,4	225	30,9
▪ HIGIENIZAÇÃO DA BOCA	129(63,9)	28,7	17,7	73(36,1)	26,3	10,0	202	27,8
▪ APLICAR SELANTE DE FISSURA	15(57,7)	3,3	2,1	11(42,3)	4,0	1,5	26	3,6
▪ TRATAMENTO DE CÁRIE	10(83,3)	2,2	1,4	2(16,7)	0,7	0,3	12	1,7
▪ CONTROLO DO APARELHO	2(100,0)	0,4	0,3	0(0,0)	0,0	0,0	2	0,3
▪ IMPLANTE DENTÁRIO	3(75,0)	0,7	0,4	1(25,0)	0,4	0,1	4	0,6
▪ COROA	1(100,0)	0,2	0,1	0(0,0)	0,0	0,0	1	0,1
Total		449	61,8	278		38,2	901^(a)	123,09

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às razões para a consulta de dentista; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às razões para a consulta de dentista.

Das 727 pessoas que indicaram inicialmente terem consultado um profissional de saúde oral nos últimos 12 meses verificamos que as mesmas apresentaram mais do que uma razão possível (901 respostas). As razões mais apontadas foram a da “consulta de rotina” (30,9%) à “higienização oral” (27,8%) bem como a “extração de dentes” (17,2%) ou a “dores” (17,5%).

Procuramos compreender algumas das razões que levaram os nossos inquiridos a nunca consultarem um profissional de saúde oral ou que não tenham frequentado nos últimos 12 meses uma consulta na área em estudo. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 29: Razão(ões) para a não consulta de um profissional de saúde oral ajustado por sexo

Razões para a não consulta dentista (N=411)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	%
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	n	Total ^(b)
▪ PORQUE NÃO PRECISA	136(54,8)	59,4	33,1	112(45,2)	61,5	27,3	248	60,3
▪ PORQUE NÃO HÁ DENTISTA NA LOCALIDADE ONDE MORA	3(60,0)	1,3	0,7	2(40,0)	1,1	0,5	5	1,2
▪ PORQUE É DIFÍCIL MARCAR UMA CONSULTA	1(25,0)	0,4	0,2	3(75,0)	1,6	0,7	4	1,0
▪ PORQUE É MUITO CARO	82(58,2)	35,8	20,0	59(41,8)	32,4	14,4	141	34,3
▪ OUTRAS RAZÕES	15(57,7)	6,6	3,6	11(42,3)	6,0	2,7	26	6,3
Total	229		55,7	182		44,3	424^(a)	103,2

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às razões para a não consulta de dentista; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às razões para a não consulta de dentista.

Percentages and totals are based on respondents.

Das 411 pessoas que não consultaram ou nunca procuraram um médico de saúde oral nos últimos 12 meses referiram não necessitarem desses cuidados (60,3%) e/ou por considerarem um serviço demasiado caro (34,3%). No entanto, 1,2% das respostas indicou não ter um profissional de saúde na sua localidade para a realização de uma consulta de saúde.

Porém, se observamos os resultados das respostas por sexo, de forma independente, das 229 mulheres que responderam a estas razões verificamos que a maioria indicara a não necessidade de cuidados de saúde oral e 35,8% considera estes serviços demasiado caros. Padrão semelhante de respostas ocorrera no grupo masculino.

194

Procurámos também conhecer se as pessoas eram portadoras de Placa Dentária. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 30: Uso de placa dentária ajustado por sexo

USO DE PLACA DENTÁRIA		SEXO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (%linha)	n (%linha)	n (%coluna)
PRÓTESE DENTÁRIA	Sim	234 (68,6)	107 (31,4)	341 (29,3)
	Não	459 (55,9)	362 (44,1)	821 (70,7)
	Total	693 (59,6)	469 (40,4)	1162 (100,0)
SE SIM, TIPO DE PRÓTESE	Placa Total	39 (66,1)	20 (33,9)	59 (17,3)
	Placa Parcial	195 (69,1)	87 (30,9)	282 (82,7)
	Total	235 (68,6)	107 (31,4)	341 (100,0)

Quanto ao uso de Prótese Dentária, 29,3% indicou ser portadora. Dos utilizadores de prótese 82,7% utilizavam placa parcial.

Procuramos, por fim, conhecer os hábitos de higiene oral dos nossos habitantes. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 31: Hábitos de higiene oral ajustado por sexo

		SEXO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (%linha)	n (%linha)	n (%coluna)
HÁBITO DE ESCOVAR OS DENTES ²⁷	Nunca	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (0,5)
	Às vezes	20 (32,3)	42 (67,7)	62 (5,4)
	Uma vez ao dia	112 (55,4)	90 (44,6)	202 (17,7)
	Duas vezes ao dia	405 (60,4)	266 (39,6)	671 (58,7)
	Mais de duas vezes ao dia	140 (69,3)	62 (30,7)	202 (17,7)
	Total	679 (59,4)	464 (40,6)	1143
HÁBITO DE ESCOVAR A PLACA DE DENTES	Não escova	35 (71,4)	14 (28,6)	49 (14,4)
	Escova 1 vez por dia	60 (57,7)	44 (42,3)	104 (30,5)
	Escova mais de uma vez por dia	140 (74,5)	48 (25,5)	188 (55,1)
	Total	235 (68,9)	106 (31,1)	341
ESCOVAR OS DENTES ANTES DE SE DEITAR	Sim	580 (62,4)	350 (37,6)	930 (86,3)
	Não	62 (41,9)	86 (58,1)	148 (13,7)
	Total	642 (59,6)	436 (40,4)	1078
OUTROS PRODUTOS PARA A HIGIENE ORAL	Sim	354 (63,3)	205 (36,7)	559 (49,9)
	Não	314 (55,9)	248 (44,1)	562 (50,1)
	Total	668 (59,6)	453 (40,4)	1121

A maioria dos participantes revelou ter por hábito escovar os *dentes 2 vezes ao dia* (58,7%) e em igual proporção (17,7%) foram as pessoas que indicaram *escovar 1 vez ao dia* ou *mais de duas vezes ao dia*. No entanto, também podemos constatar que a maior frequência de lavagem dos dentes por dia foi maior no grupo feminino comparativamente ao grupo do sexo masculino.

As pessoas que indicaram só “às vezes” ou “nunca” escovarem os dentes correspondeu a 5,9% da totalidade da amostra em estudo. Este tipo de comportamentos de higiene eram maioritariamente praticados pelo grupo masculino.

Das 341 pessoas que indicaram utilizar placa dentária (parcial ou total) a maioria escova-a mais do que uma vez ao dia (55,1%) ou pelo menos uma vez ao dia (30,5%). Porém, das 235 mulheres que indicaram ter placa 14,89% não tem por hábito lavar a sua placa. Padrão semelhante ocorreu no grupo masculino (n=14; 13,21%).

O hábito de escovar os dentes antes de deitar foi relatado pela maioria dos inquiridos (86,3%) e este comportamento foi bastante superior no grupo feminino (63,3%) comparativamente ao sexo masculino.

No entanto, o grupo que indicou não assumir este comportamento foi na sua maioria homens (58,1%).

²⁷ Foram incluídos todos os que não tinham prótese dentária ou com prótese dentária parcial

As pessoas que indicaram escovar os dentes foi-lhes questionado se utilizavam outros produtos de higiene para além da pasta de dentes e escova (quadro 32). Das 579 pessoas que indicaram utilizar outros produtos, a maioria das respostas (73,9%) incidiu na utilização de “líquido para bochechar” seguido pelo “fio dentário” (50,8%). Estas opções complementares de higienização foram apontadas maioritariamente pelo grupo do sexo feminino.

Quadro 32: Tipos de produtos de higiene oral ajustado por sexo

Produtos de Higiene Oral (N=579)	Sexo						Total	
	Feminino			Masculino			n	% Total ^(b)
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total		
▪ FIO DENTÁRIO	212(72,1)	57,6	36,6	82(27,9)	38,9	14,2	294	50,8
▪ ESCOVILHÕES	34(7,3)	9,2	5,9	10(22,7)	4,7	1,7	44	7,6
▪ LÍQUIDO PARA BOCHECHAR	252(58,9)	68,5	43,5	176(41,1)	83,4	30,4	428	73,9
▪ OUTROS PRODUTOS	9(60,0)	2,4	1,6	6(40,0)	2,8%	1,0	15	2,6
Total	368		63,6	211		36,4	781^(a)	134,9

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas face ao tipo de produtos de higiene oral; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas face ao tipo de produtos de higiene oral.

Percentages and totals are based on respondents.

2.1.2.5 CUIDADOS DE SAÚDE PREVENTIVOS

Procuramos nesta secção descrever alguns cuidados preventivos no que diz respeito a determinados comportamentos associados ao grupo feminino. Vejamos o quadro seguintes:

Quadro 33: Cuidados de saúde femininos

EXAMES		n	Coluna
MAMOGRAFIA	Sim	515	70,5
	Não	203	27,8
	Não sabe	12	1,6
	Total	730	100,0
CITOLOGIA	Sim	443	60,7
	Não	231	31,6
	Não sabe	56	7,7
	Total	730	100,0

Como podemos observar, 70,5% das mulheres em estudo já realizaram um exame à mama por radiografia. Quanto à realização de citologia, também 60,7% já o tinham realizado. Porém não podemos deixar de referir que a proporção de pessoas que indicaram não saber se realizaram mamografia e citologia foi inferior a 10 das inquiridas.

Procuramos de seguida, compreender, em geral, quais os comportamentos preventivos de saúde que as pessoas do concelho de Coimbra mais adotavam. Vejamos o quadro seguinte:

A exposição à vacina da gripe foi efetivada em 25,5% das pessoas.

Das pessoas que assumiram este comportamento preventivo a maioria eram mulheres (62,6%).

A maioria dos inquiridos indicou ter por hábito medir a tensão arterial (75,5%) e na maioria destes o seu controlo foi realizado à menos de 3 meses (76,5%) ou entre os últimos 3 a 5 meses (11,2%). Quanto ao controlo do colesterol, a maioria dos participantes (57,8%) indicou ter este tipo de comportamento de saúde.

Quadro 34: Comportamentos preventivos da população geral por sexo

		Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
		n (linha)	n (linha)	n (coluna)
VACINA CONTRA A GRIPE	Sim	194 (62,6)	116 (37,4)	310 (25,5)
	Não	526 (60,1)	349 (39,9)	875 (72,1)
	Não sabe	10 (34,5)	19 (65,5)	29 (2,4)
	Total	730 (60,1)	484 (39,9)	1214 (100,0)
MEDIR TENSÃO ARTERIAL	Sim	564 (62,8)	334 (37,2)	898 (75,5)
	Não	152 (53,7)	131 (46,3)	283 (23,8)
	Não sabe	1 (12,5)	7 (87,5)	8 (7)
	Total	717 (60,3)	472 (39,7)	1189 (100,0)
SE MEDIU A TENSÃO ARTERIAL...	<3 meses	426 (62,6)	255 (37,4)	681 (76,5)
	[3-5] meses	64 (64,0)	36 (36,0)	100 (11,2)
	[6-12] meses	59 (66,3)	30 (33,7)	89 (10,0)
	[1-3] anos	10 (50,0)	10 (50,0)	20 (2,2)
	Total	559 (62,8)	331 (37,2)	890 (100,0)
COLESTEROL	Sim	423 (62,1)	258 (37,9)	681 (57,8)
	Não	284 (58,7)	200 (41,3)	484 (41,1)
	Não sabe	7 (50,0)	7 (50,0)	14 (1,2)
	Total	714 (60,6)	465 (39,4)	1179 (100,0)
SE MEDIU O COLESTEROL...	<3 meses	199 (59,4)	136 (40,6)	335 (50,0)
	[3-5] meses	79 (64,8)	43 (35,2)	122 (18,2)
	[6-12] meses	104 (63,8)	59 (36,2)	163 (24,3)
	[1-3] anos	27 (62,8)	16 (37,2)	43 (6,4)
	>3 anos	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (1,0)
	Total	413 (61,6)	257 (38,4)	670 (100,0)

As pessoas que indicaram controlar o seu colesterol eram maioritariamente do sexo feminino (62,1%). Quanto à última vez que mediram o colesterol 50% indicaram nos últimos três meses e 24,3% entre os 6 a 12 meses.

2.1.2.6 PERCEÇÃO GERAL DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36)

Procuramos descrever, de forma geral, as diferentes sub-dimensões que compunham a escala SF 36 enquanto QVRS. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 35: Descrição geral dos índices das sub-dimensões da escala SF-36

Dimensões de SF - 36	N	M±DP	I.C. 95
FUNÇÃO FÍSICA	1197	84,50±20,66	83,328 - 85,671
DESEMPENHO FÍSICO	1204	84,11±22,42	82,845 - 85,379
DOR CORPORAL	1211	70,27±24,12	68,910 - 71,630
SAÚDE EM GERAL	1205	61,77±17,97	60,750 - 62,782
VITALIDADE	1202	65,67±21,55	64,447 - 66,887
FUNÇÃO SOCIAL	1212	82,28±20,94	81,102 - 83,461
DESEMPENHO EMOCIONAL	1202	86,27±21,00	85,084 - 87,461
SAÚDE MENTAL	1201	75,65±19,61	74,540 - 76,761

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão; I.C. 95 = Intervalo de Confiança a 95

Como referido anteriormente quanto às pontuações obtidas com a escala QVRS (SF-36) as pontuações mais elevadas nas diferentes subdimensões sugeriam melhor perceção geral de saúde

e o inverso desses resultados revelaria o sentimento de menor (pior) perceção de saúde que os habitantes manifestavam.

Podemos verificar que no âmbito das medidas de estado de saúde físico as sub-dimensões “*função física*”, “*desempenho físico*” apresentaram valores médios bastante mais elevados comparativamente à sub-dimensão “*dor corporal*”. A população em geral demonstrou uma boa condição quer ao nível da *função* quer ao nível do *desempenho físico* no que diz respeito às atividades diárias que realizava. Apresentou, em média, baixas limitações em saúde relacionadas a problemas físicos. No entanto, ao nível da dor corporal, em média, persistiu maior impacto desta associada a algumas rotinas diárias.

Também no âmbito das medidas de estado de saúde mental verificou-se, em média, que o “*desempenho emocional*” e a “*função social*” apresentaram índices médios melhores comparativamente à sub-dimensão “*saúde mental*”. Face ao exposto, em média, os habitantes do concelho de Coimbra, demonstraram um desempenho emocional elevado associado a um baixo impacto das limitações em saúde na vida diária. Também ao nível das atividades sociais constatamos bons resultados o que demonstrou que a qualidade e a quantidade deste indicador foi pouco afetado pela presença de problemas físicos e emocionais. No entanto, ao nível da saúde mental os resultados, em média, revelaram ser piores, isto é, menor bem-estar psicológico.

198

No que diz respeito às medidas consideradas sensíveis a resultados físicos e mentais a sub-dimensão “*saúde em geral*” foi o índice que apresentou pior resultado médio comparativamente às restantes sub-dimensões. Também, em média, a perceção de menor energia e maior fadiga (vitalidade) revelou estar presente nos habitantes do concelho em estudo.

2.1.2.7 ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA)

O Índice de Satisfação com a Vida pode ser avaliado de forma geral como podemos avaliar a satisfação em função das sub-dimensões definidas pela literatura e confirmadas pela nossa avaliação psicométrica. O quadro seguinte resume os valores médios globais estimados na população do concelho de Coimbra:

Quadro 36: Descrição geral dos índices das sub-dimensões da escala IQV

Índice de Qualidade de Vida	N	M±DP	I.C. 95
QUALIDADE DE VIDA GERAL	1201	23,25±3,20	23,068 - 23,430
DIMENSÃO SAÚDE E FUNCIONALIDADE	1201	22,91±3,75	22,696 - 23,120
DIMENSÃO SOCIAL E ECONÓMICA	1194	22,26±3,32	22,073 - 22,450
DIMENSÃO ESPIRITUAL E PSICOLÓGICA	1194	23,47±3,69	23,262 - 23,680
DIMENSÃO FAMÍLIA	1195	24,97±3,97	24,747 - 25,198

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão; I.C. 95 = Intervalo de Confiança a 95

De forma geral os habitantes do concelho de Coimbra tenderam a apresentar uma boa satisfação com as diferentes áreas da sua vida. Esta perceção geral demonstrou ser relativamente semelhante, em média, quando avaliamos as diferentes sub-dimensões da escala em estudo.

2.1.2.8 COMPORTAMENTOS DE SAÚDE (ESTILOS DE VIDA)

No que diz respeito aos comportamentos protetores de saúde (inventário de comportamentos de saúde)²⁸, procurámos descrever o padrão médio desses mesmos comportamentos e que estão refletidos no quadro seguinte:

Quadro 37: Descrição geral dos índices das dimensões do QACS

Estilo de Vida	N	M±DP	I.C. 95
EXERCÍCIO FÍSICO	1084	5,46±3,01	5,282 - 5,640
NUTRIÇÃO	1071	16,40±4,85	16,104 - 16,686
AUTOCUIDADOS	999	45,69±7,92	45,202 - 46,185
SEGURANÇA MOTORIZADA	1039	13,65±2,00	13,526 - 13,770
USO DE DROGAS E SIMILARES	1055	24,65±4,14	24,398 - 24,899

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão; I.C. 95 = Intervalo de Confiança a 95

Ao observarmos as diferentes dimensões podemos afirmar que os nossos habitantes expressaram, tendencialmente, um menor empenho na manutenção de uma boa condição física. No que diz respeito aos comportamentos na escolha de alimentos mais benéficos para a saúde podemos afirmar que observou-se uma maior preocupação com este tipo de indicador. Os habitantes do concelho em estudo apresentaram um índice bastante positivo no que diz respeito aos comportamentos designados de “*auto-cuidado*”, isto é, comportamentos de vigilância e controlo da saúde em geral. Padrão semelhante foi observado em média segundo os resultados referentes à “*segurança motorizada*”, isto é, assumiram comportamentos de prevenção reduzindo o risco de lesão ou morte associado a acidentes. Por fim, registou-se uma menor dependência de substâncias químicas no que diz respeito à forma como os nossos habitantes realizam a sua vida quer ela seja pessoal, social ou profissional.

2.1.2.9 LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE

Quanto a o *locus de controlo de saúde* que os nossos habitantes revelaram quer ao nível da sua “*internalidade*” quer associado a “*outros poderosos*” o quadro seguinte descreve o padrão médio global desses mesmos índices.

Quadro 38: Descrição geral dos índices de Locus de Controlo

Estilo de Vida	N	M±DP	I.C. 95
LOCUS DE CONTROLO - INTERNO	1211	31,785±5,943	31,45 - 32,12
LOCUS DE CONTROLO - OUTROS PODEROSOS	1211	28,353±6,046	28,01 - 28,69

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão; I.C. 95 = Intervalo de Confiança a 95

Quanto ao “*locus de controlo interno*” podemos afirmar uma tendência, de forma geral, para considerarem que têm controlo sobre o que determina da sua saúde. Porém, quanto ao índice “*outros poderosos*”, em média, os nossos habitantes classificam que a sua saúde não depende de outras entidades externas a si.

²⁸ Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde.

2.1.3. Descrição dos Determinantes de Estado de Saúde

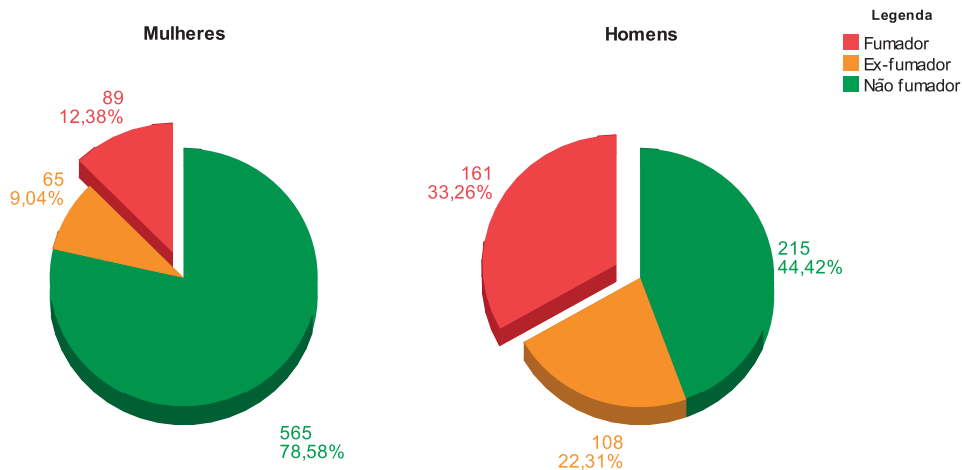
Na descrição dos determinantes de estado de saúde estamos a dar relevância aos *comportamentos* e *estilos de vida* que no momento atual foram reportados pelos nossos inquiridos no âmbito do questionário de saúde.

Os comportamentos e estilos de vida que foram abordados neste estudo e descritos nesta fase do nosso trabalho dizem respeito aos hábitos tabágicos, alimentares, de consumo de álcool e de atividade física.

2.1.3.1 CARATERIZAÇÃO DOS HÁBITOS TABÁGICOS

Procuramos de seguida descrever a nossa população quanto aos hábitos tabágicos quer de forma geral quer em função do sexo. Vejamos as ilustrações seguintes:

Gráficos de setores 5: Tipo de fumadores por sexo



Constatamos que 64,84% dos nossos habitantes eram não fumadores e que a maior proporção destes eram do sexo feminino (72,4%). Segundo os gráficos de setores anteriores 20,78% eram fumadores ativos e com maior expressão no grupo do sexo masculino (64,4%). Em relação aos ex-fumadores, a proporção destes na nossa população foi de 14,38% e a maioria eram também homens (62,4%).

Posteriormente realizou-se uma breve descrição de determinados tipos comportamentos de consumo em função dos três grupos anteriormente ilustrados.

▪ *Grupo de Fumadores*

Neste grupo procuramos descrever o perfil de fumadores em relação às características de consumo ajustado por sexo. Vejamos os quadros seguintes:

Quadro 39: Caracterização do consumo de tabaco por sexo

	SEXO		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
	M±DP(n)	M±DP(n)	M±DP(n)
N.º DE CIGARROS DIA	12,92±7,06(86)	17,27±6,29(158)	15,73±6,88(244)
IDADE DE INÍCIO DE CONSUMO	19,02±5,44(87)	16,60±3,86(161)	17,45 ±4,61(248)
ANOS DE CONSUMO	22,16±7,18(87)	27,54±9,54(160)	25,64 ±9,14(247)

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão.

Em média, os fumadores consumiam 15,73 cigarros/dia mas com maior expressão de consumo no grupo masculino (17,27 ± 6,29). Quanto à idade de início de consumo de forma geral, o início de consumo situara-se nos 17,45 anos mas foram os homens que, em média, iniciaram mais cedo as práticas tabágicas (16,6 ± 3,86 anos) o que correspondeu também ao maior número de anos de consumo (27,54±9,54 anos).

Vejamos o quadro seguinte quanto a determinadas práticas de consumo em fumadores.

Quadro 40: Caracterização do tipo de fumador por sexo

		SEXO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (% linha)	n (% linha)	n (coluna)
FREQUÊNCIA DE CONSUMO	Muito raramente	4(80,0)	1(20,0)	5(2,0)
	Ocasionalmente	12(54,5)	10(45,5)	22(8,9)
	Diariamente	72(32,6)	149(67,4)	221(89,1)
	Total	88(35,5)	160(64,5)	248(100,0)
ALTURA DO DIA QUE MAIS FUMA	Manhã	3 (33,3)	6 (66,7)	9 (3,7)
	Meio da manhã	3 (33,3)	6 (66,7)	9 (3,7)
	Almoço	1 (11,1)	8 (88,9)	9 (3,7)
	Meio da Tarde	16 (48,5)	17 (51,5)	33 (13,5)
	Jantar	13 (50,0)	13 (50,0)	26 (10,6)
	Igual durante o dia	50 (31,4)	109 (68,6)	159 (64,9)
Total	86 (35,1)	159 (64,9)	245	
ALTEROU CONSUMO	Sim	42 (34,7)	79 (65,3)	121 (49,0)
	Não	45 (35,7)	81 (64,3)	126 (51,0)
	Total	87 (35,2)	160 (64,8)	247
SE ALTEROU O SEU CONSUMO INDIQUE O MOTIVO	Inferior concentração de nicotina	12 (50,0)	12 (50,0)	24 (19,2)
	Moda	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (4,8)
	Influência de amigos, família	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (4,0)
	Querer deixar de fumar	10 (50,0)	10 (50,0)	20 (16,0)
	Sem motivo aparente	17 (24,3)	53 (75,7)	70 (56,0)
Total	42 (33,6)	83 (66,4)	125	
HÁ 2 ANOS ATRÁS...	Fumava menos	12 (50,0)	12 (50,0)	24 (9,8)
	Fumava o mesmo	46 (34,6)	87 (65,4)	133 (54,1)
	Fumava mais	16 (53,3)	14 (46,7)	30 (12,2)
	Não fumava	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (2,8)
	Não sabe	9 (17,3)	43 (82,7)	52 (21,1)
Total	86 (35,0)	160 (65,0)	246	

Como podemos constatar 64,9% dos fumadores assume que o consumo de tabaco é igual durante todo o dia e a maioria destes fumadores eram homens (68,6%). Dos que elegeram o período do dia como momento de maior consumo o período da “tarde” e “noite” foi confirmado por 24,1% dos fumadores. Esta preferência é proporcionalmente igual entre homens e mulheres.

Os fumadores quando questionados se teriam alterado o seu consumo de tabaco face à marca, 49% indicaram que sim e esta alteração refletiu-se mais no sexo masculino (65,3%). Porém, a maioria dos fumadores indicara que a alteração dos hábitos de consumo “*não teve um motivo aparente*” (56%), ou se houve alguma motivação 19,2% a alteração assumida foi na procura de menor concentração de nicotina ou em querer deixar de fumar (16%).

Por fim, quando confrontados se à dois anos atrás fumavam o mesmo número de cigarros, 54,1% indicou fumar o mesmo, em especial, esta opinião foi maioritariamente masculina (65,4%). Porém, 21,1% dos nossos consumidores não soube responder a esta pergunta por não se lembrar. Também podemos destacar que 12,2% dos 246 fumadores ativos indicaram fumar mais à dois anos atrás e a maioria destes eram do sexo feminino (53,3%).

Também procuramos conhecer, enquanto fumadores, se já teriam tentado deixar de fumar e se teve ou não ajuda durante esse período. Vejamos os quadros seguintes:

No que diz respeito à tentativa em deixar de fumar constatamos que dos 244 fumadores 44,3% já o tentara fazer e que esta expressão teve maior relevo por parte do grupo masculino (60,2%).

Quadro 41: Caracterização do tipo de fumador quanto à tentativa de deixar de fumar

		SEXO		
		FEMININO n (linha)	MASCULINO n (linha)	TOTAL n (coluna)
DEIXAR DE FUMAR	Sim	43 (39,8)	65 (60,2)	108 (44,3)
	Não	42 (30,9)	94 (69,1)	136 (55,7)
	Total	85 (34,8)	159 (65,2)	244
NÚMERO DE TENTATIVAS AO LONGO DA VIDA	1 Tentativa	21 (55,3)	17 (44,7)	38 (35,19)
	2 Tentativas	14 (36,8)	24 (63,2)	38 (35,19)
	3+ Tentativas	8 (25,0)	24 (75,0)	32 (29,63)
	Total	730 (60,1)	484 (39,9)	108
RECORREU A AJUDA MÉDICA	Sim	13 (44,8)	16 (55,2)	29 (26,9)
	Não	30 (38,0)	49 (62,0)	79 (73,1)
	Total	43 (39,8)	65 (60,2)	108

Dos 108 que tentaram deixar de fumar 35,19% já realizaram 1 ou 2 tentativas de abandono e 29,63% já o tentaram 3 vezes ou mais. Em especial, as pessoas que tentaram deixar de fumar 1 vez eram na sua maioria mulheres (55,3%) e com duas tentativas ou mais a maioria foram homens. Quanto ao pedido de ajuda médica para deixarem de fumar, só 26,9% é que recorreram e destes a maioria eram homens (55,2%).

Veio a verificar-se que dos 29 participantes que recorreram a ajuda médica e que “regressaram” ao consumo de tabaco apontaram vários motivos (quadro 42).

Quadro 42: Caracterização do tipo de fumador quanto à reincidência no consumo com ajuda médica

REINÍCIO DO CONSUMO - AJUDA MÉDICA (N=29)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	%
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	n	Total ^(b)
▪ INFLUÊNCIA DE AMIGOS	1(16,7)	7,7	3,4	5(83,3)	31,3	17,2	6	20,7
▪ PROBLEMAS FAMILIARES	1(50,0)	7,7	3,4	1(50,0)	6,3	3,4	2	6,9
▪ FALTA DE FORÇA DE VONTADE	10(52,6)	76,9	34,5	9(47,4)	56,3	31,0	19	65,5
▪ DESMOTIVAÇÃO	3(42,9)	23,1	10,3	4(57,1)	25,0	13,8	7	24,1
▪ MOTIVOS FINANCEIROS	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	6,3	3,4	1	3,4
▪ MOTIVOS PROFISSIONAIS	1(33,3)	7,7	3,4	2(66,7)	12,5	6,9	3	10,3
▪ OUTROS MOTIVOS	1(33,3)	7,7	3,4	2(66,7)	12,5	6,9	3	10,3
Total	13	44,8	16	55,2	41^(a)	141,4		

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas aos motivos para o reinício do consumo; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas aos motivos para o reinício do consumo.

Vários foram os motivos apontados e aqueles com maior expressão foram: a “*falta de força de vontade*” (65,5%), “*desmotivação*” (24,1%), “*influência de amigos*” (20,7%), “*motivos profissionais*” (10,3%) entre outros.

Quando comparamos os motivos mais relevantes por sexo, a “*falta de força de vontade*” foi maioritariamente apontada pelas mulheres (52,6%), enquanto a “*Desmotivação*” (57,1%), a “*Influencia dos amigos*” (83,3%) e os “*motivos profissionais*” (66,7%) foram expressamente mais referidos pelo grupo masculino (Quadro 36).

Se tivermos em atenção os dois grupos de forma isolada, a maioria das mulheres fumadoras que reiniciou o consumo (n=13), deu, com maior frequência, respostas para voltar a consumir a “*falta de força de vontade*” (76,9%), “*desmotivação*” (23,1%). Padrão semelhante ocorrera ao nível do grupo masculino.

Procuramos conhecer qual ou quais os motivos de ter regressado ao consumo de tabaco quando tentou deixar de fumar sem qualquer ajuda médica. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 43: Caraterização do tipo de fumador quanto à reincidência no consumo sem ajuda médica

Reincidência do Consumo sem Ajuda Médica (N=93)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	%
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total		
▪ INFLUÊNCIA DOS FAMILIARES	4(66,7)	11,1	4,3	2(33,3)	3,5	2,2	6	6,5
▪ INFLUÊNCIA DE AMIGOS	5(29,4)	13,9	5,4	12(70,6)	21,1	12,9	17	18,3
▪ PROBLEMAS FAMILIARES	9(69,2)	25,0	9,7	4(30,8)	7,0	4,3	13	14,0
▪ FALTA DE APOIO DE AMIGOS/FAMILIARES	1(50,0)	2,8	1,1	1(50,0)	1,8	1,1	2	2,2
▪ FALTA DE FORÇA DE VONTADE	11(26,8)	30,6	11,8	30(73,2)	52,6	32,3	41	44,1
▪ DESMOTIVAÇÃO	12(46,2)	33,3	12,9	14(53,8)	24,6	15,1	26	28,0
▪ MOTIVOS FINANCEIROS	3(60,0)	8,3	3,2	2(40,0)	3,5	2,2	5	5,4
▪ MOTIVOS PROFISSIONAIS	4(36,4)	11,1	4,3	7(63,6)	12,3	7,5	11	11,8
▪ FIM DE GRAVIDEZ	3(100,0)	8,3	3,2	0(0,0)	0,0	0,0	3	3,2
▪ MOTIVOS DE DOENÇA	0(0,0)	0,0	0,0	2(100,0)	3,5	2,2	2	2,2
▪ STRESS	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	1,8	1,1	1	1,1
Total	36		38,7	57		61,3	127^(a)	136,6

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas aos motivos para o reinício do consumo; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas aos motivos para o reinício do consumo.

Das 127 respostas às várias razões referidas no quadro 37 constatamos um predomínio de respostas semelhantes aos fumadores que tiveram ajuda médica acrescentando mais alguns indicadores importantes: “*problemas familiares*” (14%) e com menor proporção de respostas “*influência dos familiares*” e “*motivos financeiros*”.

Quando comparamos a frequência de respostas por sexo, verificamos que o reinício do consumo esteve mais associado à “*influência dos amigos*”, “*falta de força de vontade*” e a “*desmotivação*” nos fumadores do sexo masculino comparativamente ao grupo de fumadores femininos. Porém, em sentido inverso, o reinício do consumo no grupo feminino esteve associado mais a “*problemas familiares*” “*influência de familiares*” e “*motivos financeiros*” comparativamente ao grupo masculino.

▪ *Ex-Fumadores*

Nesta parte procuramos realçar alguns aspetos de consumo de tabaco em ex-fumadores no nosso estudo. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 44: Caraterização do ex-fumador quanto ao consumo por sexo

	SEXO		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
	M±DP(n)	M±DP(n)	M±DP(n)
TEMPO QUE DEIXOU FUMAR	9,81±7,00(62)	13,73±11,33(109)	12,31±10,13(171)
IDADE DE INÍCIO DE CONSUMO	17,49±3,33(63)	17,32±5,38(108)	17,39±4,72(171)
N.º DE CIGARROS/DIA	15,06±9,68(62)	18,16±11,33(107)	17,02±10,83(169)
ANOS DE CONSUMO	17,33±10,35(61)	21,50±9,96(105)	19,96±10,27(166)

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão.

Os ex-fumadores apresentaram um tempo médio de abandono de consumo de $12,31 \pm 10,13$ anos e foram as mulheres, em média, que abandonaram o consumo há menos tempo ($9,81 \pm 7,0$ anos) face aos homens. De uma forma geral o início de consumo de tabaco pelos ex-fumadores foi ligeiramente aos $17 \pm 4,72$ anos o que revelou ser semelhante entre os homens e as mulheres.

No dia-a-dia o consumo médio de cigarros era de 17 cigarros/dia e este consumo foi mais expressivo no sexo masculino comparativamente às mulheres. Também, em média, os homens tiveram maior número de anos de consumo ($22 \pm 9,96$ anos) face às mulheres que foi entre os 17 anos.

204

Quanto à frequência de consumo de tabaco constatamos que dos 171 ex-fumadores 90,1% fumava diariamente e destes a maioria eram homens (63,6%). Só 9,4% dos ex-fumadores indicou fumar ocasionalmente. Os resultados encontram-se expostos no quadro seguinte:

Quadro 45: Caraterização do ex-fumador quanto à frequência de consumo por sexo

FREQUÊNCIA DE CONSUMO		SEXO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (linha)	n (linha)	n (coluna)
	Muito raramente	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
	Ocasionalmente	7 (43,8)	9 (56,3)	16 (9,4)
	Diariamente	56 (36,4)	98 (63,6)	154 (90,1)
	Total	64 (37,4)	107 (62,6)	171 (100,0)

Os ex-fumadores foram posteriormente questionados sobre as razões que os levaram a deixar de fumar. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 46: Caracterização do ex-fumador quanto às razões para o abandono do consumo

Razões para Deixar de Fumar (N=168)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	Total ^(b)
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total		
▪ INFLUÊNCIA DOS FAMILIARES	21(37,5)	35,0	12,5	35(62,5)	32,4	20,8	56	33,3
▪ INFLUÊNCIA DOS AMIGOS	7(33,3)	11,7	4,2	14(66,7)	13,0	8,3	21	12,5
▪ PROBLEMAS FAMILIARES	2(66,7)	3,3	1,2	1(33,3)	0,9	0,6	3	1,8
▪ PROBLEMAS DE SAÚDE	17(34,7)	28,3	10,1	32(65,3)	29,6	19,0	49	29,2
▪ CONSELHO MÉDICO	13(38,2)	21,7	7,7	21(61,8)	19,4	12,5	34	20,2
▪ MOTIVOS FINANCEIROS	11(50,0)	18,3	6,5	11(50,0)	10,2	6,5	22	13,1
▪ MOTIVOS PROFISSIONAIS	7(58,3)	11,7	4,2	5(41,7)	4,6	3,0	12	7,1
▪ NÃO GOSTAR DO CHEIRO DO FUMO	5(31,3)	8,3	3,0	11(68,8)	10,2	6,5	16	9,5
▪ MEDO DE PROBLEMAS DE SAÚDE NO FUTURO	12(30,0)	20,0	7,1	28(70,0)	25,9	16,7	40	23,8
▪ DEIXOU DE GOSTAR DE FUMAR	8(38,1)	13,3	4,8	13(61,9)	12,0	7,7	21	12,5
▪ NÃO GOSTAVA DA DEPENDÊNCIA DO TABACO	15(44,1)	25,0	8,9	19(55,9)	17,6	11,3	34	20,2
▪ DESEJAR TER UMA BOA CONDIÇÃO FÍSICA	17(45,9)	28,3	10,1	20(54,1)	18,5	11,9	37	22,0
▪ PORQUE ALGUNS COLEGAS DEIXARAM DE FUMAR	2(50,0)	3,3	1,2	2(50,0)	1,9	1,2	4	2,4
▪ POR CONHECER PESSOAS DOENTES DEVIDO AO TABACO	5(45,5)	8,3	3,0	6(54,5)	5,6	3,6	11	6,5
▪ VONTADE PRÓPRIA	7(33,3)	11,7	4,2	14(66,7)	13,0	8,3	21	12,5
Total	60		35,7	108		64,3	381^(a)	226,8

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às razões para deixar de fumar; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às razões para deixar de fumar.

Várias foram as razões que cada ex-fumador apontou para deixar de fumar. De um total de 381 resposta as razões mais prevalentes foram: “*influência dos familiares*” (14,7%), seguida de “*problemas de saúde*” (12,86%), “*medo de problemas de saúde no futuro*” (10,5%), “*desejo de ter uma boa condição física*” (9,7%) e, com menor expressão, fuga à dependência do tabaco, por conselho médico, por vontade própria, influência de amigos ou de deixar de gostar de fumar etc.

Quando comparamos as respostas múltiplas das razões porque os ex-fumadores indicaram deixar de fumar entre sexos, verificamos que os homens, em maior número de respostas comparativamente ao grupo feminino, apontaram que o abandono se deveu à influência de familiares, amigos, como também de problemas de saúde ou conselho médico, por não gostar do cheiro do tabaco, como também dos problemas de saúde no futuro ou por conhecer pessoas doentes devido ao consumo, por receio de dependência, ou associado ao desejo de ter uma boa condição física ou por vontade própria.

▪ *Não Fumador*

Ao nível do grupo de não fumadores foi importante conhecer as razões para a não adesão ao consumo de tabaco. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 47: Caracterização do não fumador quanto aos motivos do não consumo por sexo

RAZÕES PARA NÃO FUMAR (N=744)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	%
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	n	Total ^(b)
▪ INFLUÊNCIA DOS FAMILIARES	77(70,6)	14,3	10,3	32(29,4)	15,7	4,3	109	14,7
▪ INFLUÊNCIA DOS AMIGOS	18(56,3)	3,3	2,4	14(43,8)	6,9	1,9	32	4,3
▪ EDUCAÇÃO FAMILIAR	317(72,5)	58,7	42,6	120(27,5)	58,8	16,1	437	58,7
▪ NÃO TER NINGUÉM NA FAMÍLIA QUE FUMASSE	79(62,7)	14,6	10,6	47(37,3)	23,0	6,3	126	16,9
▪ INFLUÊNCIA DA ESCOLA/RELIGIÃO	20(80,0)	3,7	2,7	5(20,0)	2,5	0,7	25	3,4
▪ MOTIVOS DE SAÚDE	97(70,3)	18,0	13,0	41(29,7)	20,1	5,5	138	18,5
▪ RAZÕES FINANCEIRAS	38(62,3)	7,0	5,1	23(37,7)	11,3	3,1	61	8,2
▪ MOTIVOS PROFISSIONAIS	7(58,3)	1,3	0,9	5(41,7)	2,5	0,7	12	1,6
▪ NÃO GOSTA DO CHEIRO DE FUMO	15(88,2)	2,8	2,0	2(11,8)	1,0	0,3	17	2,3
▪ POR OPÇÃO PRÓPRIA	37(69,8)	6,9	5,0	16(30,2)	7,8	2,2	53	7,1
▪ POR DESINTERESSE	46(78,0)	8,5	6,2	13(22,0)	6,4	1,7	59	7,9
▪ POR DESPORTO	1(50,0)	0,2	0,1	1(50,0)	0,5	0,1	2	0,3
Total	540		72,6	204		27,4	1071^(a)	144,0

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às razões para não fumar; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às razões para não fumar.

Dos 744 não fumadores, a maioria das respostas que as pessoas indicaram quanto aos motivos para não fumarem esteve associada, na sua grande maioria, à “*educação familiar*” (58,7%), seguida por “*motivos de saúde*” (18,5%), como “*não ter ninguém na família que fumasse*” (16,9%) ou “*influência familiar*” (14,7%).

Quando comparamos a frequência de respostas entre homens e mulheres com mais do que uma razão para não fumar, a maioria dessas teve maior participação feminina em todas as razões para o não consumo comparativamente ao sexo masculino.

2.1.3.2 CARATERIZAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES

Quanto aos hábitos alimentares houve a preocupação de conhecer os comportamentos e práticas alimentares do quotidiano dos habitantes do concelho de Coimbra. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 48: Caraterização dos hábitos alimentares

		SEXO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (%linha)	n (%linha)	n (%coluna)
N.º DE REFEIÇÕES DIÁRIAS	<3 Refeições	24 (49,0)	25 (51,0)	49 (4,1)
	[3 a 5] Refeições	646 (59,0)	448 (41,0)	1094 (90,9)
	≥6 Refeições	49 (81,7)	11 (18,3)	60 (5,0)
	Total	719 (59,8)	484 (40,2)	1203
NÚMERO DE REFEIÇÕES FORA DE CASA POR SEMANA	<5 Refeições	154 (56,2)	120 (43,8)	274 (32,9)
	[5 a 10] Refeições	312 (57,0)	235 (43,0)	547 (65,7)
	> 10 Refeições	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (1,3)
	Total	471 (56,6)	361 (43,4)	832
BEBE ÁGUA DIARIAMENTE	Sim	682 (59,9)	457 (40,1)	1139 (96,1)
	Não	27 (58,7)	19 (41,3)	46 (3,9)
	Total	709 (59,8)	476 (40,2)	1185
QUANTIDADE DE COPOS DE ÁGUA POR DIA	Não se lembra	22 (61,1)	14 (38,9)	36 (3,2)
	< 5 copos	416 (60,9)	267 (39,1)	683 (60,0)
	[5 a 7,5] copos	199 (59,6)	135 (40,4)	334 (29,3)
	[7,6 a 10] copos	37 (50,7)	36 (49,3)	73 (6,4)
	=> 11 copos	8 (61,5)	5 (38,5)	13 (1,1)
	Total	682 (59,9)	457 (40,1)	1139

No que diz respeito à frequência de refeições praticadas, constatamos que 91% dos 1203 habitantes assumiram realizar entre 3 a 5 refeições diárias enquanto refeições principais.

Quanto ao número de pessoas que pratica entre 3 a 5 refeições diárias, a maioria eram mulheres. As pessoas que assumiram 2 ou menos refeições principais diárias (4,1%) eram maioritariamente do sexo masculino (51%).

Quando à proporção de pessoas que tomam refeições principais fora de casa durante a semana, 65,7% fazem entre 5 a 10 refeições por semana e destas 57% eram mulheres que assumiram este perfil. Também 32,9% assumiram realizar refeições fora de casa mas que faziam menos de 5 refeições.

A maioria das pessoas tem por hábito beber água diariamente (96,1%). Quando questionados quanto às porções de água (1 copo = 0,25cl) a maioria indicou beber menos de 5 porções, isto é, menos de 1 litro de água por dia (60%).

Procuramos também conhecer possíveis alterações de hábitos alimentares e se essa alteração ocorrera e em que tempo. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 49: Caracterização da alteração dos hábitos alimentares

		SEXO		
		FEMININO n (linha)	MASCULINO n (linha)	TOTAL n (coluna)
MODIFICOU HÁBITOS ALIMENTARES	Sim	125 (64,4)	69 (35,6)	194 (16,4)
	Não	576 (58,4)	410 (41,6)	986 (83,6)
	Total	701 (59,4)	479 (40,6)	1180
HÁ QUANTO TEMPO MODIFICOU OS SEUS HÁBITOS ALIMENTARES	<1 ano	22 (61,1)	14 (38,9)	36 (19,4)
	[1 a 5] anos	61 (67,0)	30 (33,0)	91 (48,9)
	=> 6 anos	36 (61,0)	23 (39,0)	59 (31,7)
	Total	119 (64,0)	67 (36,0)	186

Quando questionados quanto à alteração dos hábitos alimentares nos últimos tempos 16,4% indicou que sim e a maioria foram as mulheres (64,4%).

Quanto ao número de anos em que já modificaram os seus hábitos alimentares uma grande parte indicou entre 1 a 5 anos (98,9%) e igual ou superior a 6 anos (31,7%). Estas variações foram maioritariamente superiores nas mulheres comparativamente aos homens.

Posteriormente as pessoas indicaram o(s) motivo(s) da alteração dos hábitos alimentares. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 50: Caracterização dos motivos para a alteração dos hábitos alimentares

MOTIVOS PARA A ALTERAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES (N=186)	SEXO							Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	%	
	n (%linha)	% coluna	% Total	n (%linha)	% coluna	% Total			
▪ PERDA DE PESO	37(66,1)	31,4	19,9	19(33,9)	27,9	10,2	56	30,1	
▪ MOTIVOS DE SAÚDE	36(62,1)	30,5	19,4	22(37,9)	32,4	11,8	58	31,2	
▪ RAZÕES PROFISSIONAIS	9(56,3)	7,6	4,8	7(43,8)	10,3	3,8	16	8,6	
▪ ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL	4(57,1)	3,4	2,2	3(42,9)	4,4	1,6	7	3,8	
▪ ACONSELHAMENTO MÉDICO	4(80,0)	3,4	2,2	1(20,0)	1,5	0,5	5	2,7	
▪ DIABETES	9(60,0)	7,6	4,8	6(40,0)	8,8	3,2	15	8,1	
▪ TENSÃO ARTERIAL	7(58,3)	5,9	3,8	5(41,7)	7,4	2,7	12	6,5	
▪ COLESTEROL	9(75,0)	7,6	4,8	3(25,0)	4,4	1,6	12	6,5	
▪ QUESTÕES PESSOAIS	15(62,5)	12,7	8,1	9(37,5)	13,2	4,8	24	12,9	
Total	118		63,4	68		36,6	205 ^(a)	110,2	

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas aos motivos para alteração dos hábitos alimentares; (b) – Corresponde à proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas aos motivos para alteração dos hábitos alimentares.

Das 186 pessoas que indicaram ter alterado os seus hábitos alimentares 31,2% tinha como argumento “*motivos de saúde*”, seguido da necessidade de “*perder peso*” (30,1%) e ainda por “*questões pessoais*” (12,9%). Dos motivos com maior expressão anteriormente referidos, a maioria era do sexo feminino (>60%).

Quando avaliamos a frequência de respostas em cada um dos grupos, de forma individual, podemos constatar que os motivos mais apontados pelo grupo do sexo feminino foram aqueles com maior peso nas respostas no geral. No entanto, quando verificamos o grupo do sexo masculino, os motivos com frequência de respostas com maior expressão foram também os “*motivos de saúde*” (32,4%), “*perda de peso*” (27,9%), “*questões pessoais*” (13,2%) e “*razões profissionais*” (10,3%).

Quanto à frequência de cada um dos tipos de culinária constatamos que a maioria das pessoas faz entre 4 a 6 vezes por semana alimentos cozidos ou 1 ou mais vezes ao dia. Quanto ao tipo de confeção “Assados”, 43,6% realiza entre 1 a 3 vezes por semana e 34,4% < 1 vez por semana. Quanto à confeção por “fritura” de alimentos 56,4% fez menos de 1 vez por semana. Porém, 8,6% dos inquiridos realizavam 1 ou mais vezes ao dia ou 4 a 6 vezes por semana. Esta última frequência de confeção foi maioritariamente apontada pelo grupo masculino.

Quanto aos grelhados grande parte dos inquiridos faz entre 1 a 3 vezes por semana (43,3%) e 4 a 6 vezes por semana (32,5%). A utilização de estufados 48,4 realiza entre 1 a 3 vezes por semana (28,7%). Quanto à frequência de utilização de uma culinária de crus esta opção distribui-se equitativamente entre os diferentes períodos em observação (Quadro: 51).

Procuramos também descrever como habitualmente as pessoas confeccionavam determinados alimentos no seu dia-a-dia. Vejamos o quadro seguinte.

Quadro 51: Caraterização da frequência do tipo de culinária

TIPO DE CULINÁRIA POR FREQUÊNCIA		SEXO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (%linha)	n (%linha)	n (%coluna)
COZIDOS	1 ou + vezes ao dia	192 (61,9)	118 (38,1)	310 (25,9)
	4-6 vezes por semana	224 (57,4)	166 (42,6)	390 (32,6)
	1-3 por semana	264 (61,0)	169 (39,0)	433 (36,2)
	<1 vez por semana	34 (54,0)	29 (46,0)	63 (5,3)
	Total	714 (59,7)	482 (40,3)	1196 (100,0)
ASSADOS	1 ou + vezes ao dia	56 (60,2)	37 (39,8)	93 (8,0)
	4-6 vezes por semana	91 (56,2)	71 (43,8)	162 (14,0)
	1-3 por semana	288 (57,1)	216 (42,9)	504 (43,6)
	<1 vez por semana	252 (63,3)	146 (36,7)	398 (34,4)
	Total	687 (59,4)	470 (40,6)	1157 (100,0)
FRITOS	1 ou + vezes ao dia	20 (57,1)	15 (42,9)	35 (3,2)
	4-6 vezes por semana	19 (31,7)	41 (68,3)	60 (5,4)
	1-3 por semana	208 (54,0)	177 (46,0)	385(35,0)
	<1 vez por semana	409 (65,9)	212 (34,1)	621 (56,4)
	Total	656 (59,6)	445 (40,4)	1101 (100,0)
GRELHADOS	1 ou + vezes ao dia	95 (60,9)	61 (39,1)	156 (13,2)
	4-6 vezes por semana	244 (63,7)	139 (36,3)	383 (32,5)
	1-3 por semana	295 (57,7)	216 (42,3)	511 (43,3)
	<1 vez por semana	72 (55,8)	57 (44,2)	129 (10,9)
	Total	706 (59,9)	473 (40,1)	1179 (100,0)
ESTUFADOS	1 ou + vezes ao dia	43 (68,3)	20 (31,7)	63 (5,5)
	4-6 vezes por semana	126 (62,7)	75 (37,3)	201 (17,4)
	1-3 por semana	337 (60,4)	221 (39,6)	558 (48,4)
	<1 vez por semana	182 (55,0)	149 (45,0)	331 (28,7)
	Total	688 (59,7)	465 (40,3)	1153 (100,0)
CRUS	1 ou + vezes ao dia	177 (66,0)	91 (34,0)	268 (25,3)
	4-6 vezes por semana	164 (64,8)	89 (35,2)	253 (23,9)
	1-3 por semana	170 (59,9)	114 (40,1)	284 (26,8)
	<1 vez por semana	126 (49,6)	128 (50,4)	254 (24,0)
	Total	637 (60,2)	422 (39,8)	1059 (100,0)

Quadro 52: Caraterização do tipo confeção - peixe

FORMA DE CONFEÇÃO DE PEIXE (N=1196)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	% Total ^(b)
	n (%linha)	% coluna	% Total	n (%linha)	% coluna	% Total		
▪ COZIDO	423(59,7)	59,1	35,4	286(40,3)	59,6%	23,9	709	59,3
▪ GRELHADO	393(60,9)	54,9	32,9	252(39,1)	52,5%	21,1	645	53,9
▪ FRITO	36(48,0)	5,0	3,0	39(52,0)	8,1%	3,3	75	6,3
▪ ASSADO	86(62,3)	12,0	7,2	52(37,7)	10,8%	4,3	138	11,5
▪ ESTUFADO	27(64,3)	3,8	2,3	15(35,7)	3,1%	1,3	42	3,5
▪ CRU	4(80,0)	0,6	0,3	1(20,0)	0,2%	0,1	5	0,4
Total	716		59,9	480		40,1	1614^(a)	134,9

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas quanto ao tipo de confeção de peixe; (b) – Corresponde à proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas quanto ao tipo de confeção de peixe.

Da população inquirida (N=1196), a maioria dos nossos habitantes prefere confeccionar o peixe de forma “cozida” (59,3%) e a segunda forma mais apontada foi “grelhado” (53,9%). A menor frequência de respostas quanto à forma de confeção do peixe foi “cru” (0,4%) e “estufado” (3,5%). Quando avaliamos o tipo de confeção do peixe de forma separada entre homens e mulheres, verificamos que o padrão de confeção revelou ser semelhante proporcionalmente quanto ao tipo de confeção.

Quanto aos tipo de confeção da carne vejamos o quadro seguinte:

Quadro 53: Caraterização do tipo confeção - carne

FORMA DE CONFEÇÃO DE CARNE (N=1024)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	%
	n (%linha)	% coluna	% Total	n (%linha)	% coluna	% Total		
▪ COZIDA	86(59,7)	13,9	8,4	58(40,3)	14,3	5,7	144	14,1
▪ GRELHADA	449(60,6)	72,5	43,8	292(39,4)	72,1	28,5	741	72,4
▪ FRITA	33(63,5)	5,3	3,2	19(36,5)	4,7	1,9	52	5,1
▪ ASSADA	191(62,4)	30,9	18,7	115(37,6)	28,4	11,2	306	29,9
▪ ESTUFADA	212(65,0)	34,2	20,7	114(35,0)	28,1	11,1	326	31,8
▪ CRUA	4(80,0)	0,6	0,4	1(20,0)	0,2	0,1	5	0,5
Total	619		60,4	405		39,6	1574^(a)	153,7

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas quanto ao tipo de confeção de carne; (b) – Corresponde à proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas quanto ao tipo de confeção de carne.

Tendo como referência as 1024 pessoas que responderam ao tipo de confeção que realizam com carne, verificamos que 741 pessoas, optam como primeira escolha “grelhar” (72,4%) seguida da opção “estufada” (31,8%) e “assada” (29,9%). À semelhança na confeção do peixe, só 5,1% das pessoas que indicaram utilizar o tipo de confeção de “fritar” a carne.

210

Quando avaliamos os grupos individualmente, quer os homens quer as mulheres revelam um comportamento semelhante na forma como habitualmente confeccionam este tipo de alimento.

Também questionamos quanto à forma como os habitantes lidavam com os alimentos. O quadro seguinte apresenta os resultados a analisar.

Quadro 54: Caracterização do tipo de práticas de confeção e consumo de determinados alimentos.

		SEXO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
		n (linha)	n (linha)	n (coluna)
GORDURA DA CARNE	Tira toda	268 (70,5)	112 (29,5)	380 (31,7)
	Tira a maioria	325 (64,6)	178 (35,4)	503 (41,9)
	Tira um pouco	84 (45,4)	101 (54,6)	185 (15,4)
	Não tira	42 (31,8)	90 (68,2)	132 (11,0)
	Total	719 (59,9)	481 (40,1)	1200 (100,0)
PELE DE FRANGO	Tira toda	386 (69,5)	169 (30,5)	555 (46,4)
	Tira a maioria	162 (60,0)	108 (40,0)	270 (22,6)
	Tira um pouco	82 (58,2)	59 (41,8)	141 (11,8)
	Não tira	86 (37,2)	145 (62,8)	231 (19,3)
	Total	716 (59,8)	481 (40,2)	1197 (100,0)
GORDURA USADA NA CONFEÇÃO	Óleo vegetal	38 (44,7)	47 (55,3)	85 (7,1)
	Azeite	665 (61,4)	418 (38,6)	1083 (91,1)
	Margarina	6 (46,2)	7 (53,8)	13 (1,1)
	Manteiga	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (0,4)
	Banha	0 (0)	3 (100,0)	3 (0,3)
	Total	712 (59,9)	477 (40,1)	1189 (100,0)
USO DE SAL NA MESA	Sempre	22 (46,8)	25 (53,2)	47 (3,9)
	Muitas vezes	22 (53,7)	19 (46,3)	41 (3,4)
	Algumas vezes	150 (50,7)	146 (49,3)	296 (24,7)
	Nunca	523 (64,3)	290 (35,7)	813 (67,9)
	Total	717 (59,9)	480 (40,1)	1197 (100,0)
TIPO DE ALIMENTAÇÃO	Mediterrânea	591 (59,7)	399 (40,3)	990 (83,5)
	Vegetariana	13 (76,5)	4 (23,5)	17 (1,4)
	Macrobiótica	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (0,8)
	Fast-Food	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,2)
	Outro tipo	28 (70,0)	12 (30,0)	40 (3,4)
	Não sei	62 (50,8)	60 (49,2)	122 (10,3)
	Mista	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (0,4)
	Total	705 (59,4)	481 (40,6)	1186 (100,0)

Durante o consumo de carne foi questionado se os inquiridos teriam por hábito tirar alguma ou toda a gordura que a mesma pudesse ter. Uma grande parte dos participantes “*tira a maioria*” da gordura (41,9%) ou “*tira toda*” a gordura (31,7%).

Quando relacionamos a mesma prática por sexo foram as mulheres, na sua maioria, que indicaram tirar “*toda a gordura*” ou a “*maioria dela*”. No entanto, dos 317 inquiridos que indicaram “*tirar um pouco*” ou “*não tirar*” nenhuma gordura a maioria das pessoas foram homens que assumiram esta decisão. Quanto à “*pele de frango*” o mesmo padrão ocorrera em relação às práticas de utilização para consumo sobre a gordura da carne.

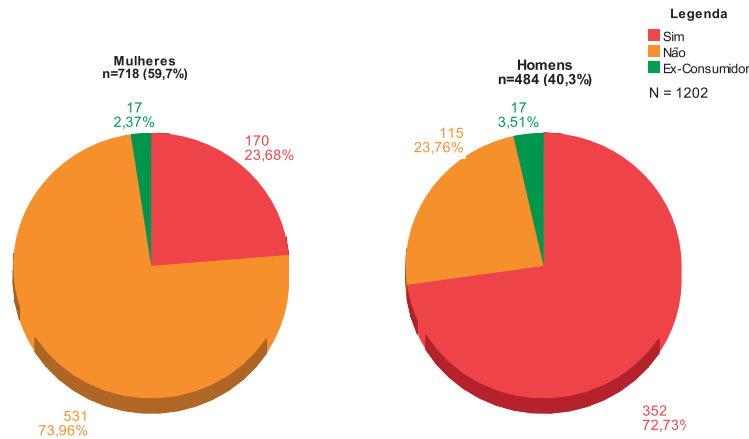
Quanto ao uso de sal na mesa, 67,9% indicaram não utilizar mas 24,7% assumiram utilizá-lo no momento da refeição. Não podemos deixar de referir que 7,3 % tem por hábito utilizar “*sempre*” ou “*muitas vezes*”. As pessoas que indicaram utilizar sempre sal na mesa, a maioria eram homens (53,2%). Por fim, no que se refere à gordura usada na confeção de alimentos a maioria dos inquiridos (91,1%) privilegia a gordura vegetal “*azeite*” seguida pelo “*óleo vegetal*” (7,1%).

Quanto ao tipo de alimentação que percecionaram assumir no seu dia-a-dia 83,5% assumiram ter uma alimentação do tipo “Mediterrânea”.

2.1.3.3 CARATERIZAÇÃO DOS HÁBITOS ALCOÓLICOS

Os hábitos de Consumo de Álcool foi outro indicador de estilo de vida que foi avaliado na população do concelho de Coimbra.

Gráficos de setores 6: Tipo de consumidores de álcool por sexo



Como podemos observar dos 1202 participantes 43,42% consumiam álcool e 2,83% eram ex-consumidores. Dos 522 consumidores 67,4% eram homens. No entanto a maioria dos não consumidores (82,2%) eram do sexo feminino. Também podemos afirmar que dos 484 homens da nossa amostra 72,93% eram consumidores em contraste com o grupo feminino onde 23,68% eram consumidores face à totalidade em estudo (n=718).

212

Procuramos de seguida descrever o estilo de consumidores no que diz respeito a alguns hábitos e comportamentos de consumo.

▪ Consumidores de Álcool

No que diz respeito a este grupo de consumidores de álcool vejamos o quadro seguinte quanto às características que os definem.

Quadro 55: Caraterização da idade de início e anos de consumo de álcool por sexo

	SEXO		
	FEMININO (n=144)	MASCULINO (n=306)	TOTAL (n=450)
	M ± DP	M ± DP	M ± DP
IDADE DE INÍCIO DE CONSUMO	19,74±4,52	17,12±3,14	17,96±3,83
NÚMERO DE ANOS DE CONSUMO DE ALCOOL (DO PASSADO ATÉ AO PRESENTE)	27,44±10,80	33,34±12,05	31,46±11,97

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão.

De forma geral a idade de início de consumo rondou os 18 anos. No entanto, quando diferenciamos o início do consumo por sexo foram os homens que iniciaram, em média, mais cedo o consumo (17,12 ± 3,14 anos) face ao sexo feminino.

Quanto ao número médio de anos de consumo de álcool, em geral, foi de $31,46 \pm 11,97$ anos. No entanto, em média, os habitantes do sexo masculino consomem álcool 'há mais anos ($33,34 \pm 12,05$ anos) face aos habitantes do sexo feminino.

No sentido de compreender como determinadas práticas de consumo se evidenciavam neste grupo de consumidores, propusemos reclassificar a idade de início e o número de anos de consumo. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 56: Caraterização da idade de início e anos de consumo de álcool bem como práticas de consumo

		SEXO		
		FEMININO n (%linha)	MASCULINO n (%linha)	TOTAL n (%coluna)
IDADE DE INÍCIO DE CONSUMO	< 18 anos de idade	37 (16,8)	183 (83,2)	220 (48,89)
	=> 18 anos idade	107 (46,5)	123 (53,5)	230 (51,11)
	Total	144 (32,0)	306 (68,0)	450
NÚMERO DE ANOS DE CONSUMO	<10 anos de consumo	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (0,7)
	[10 - 20[anos de consumo	34 (60,7)	22 (39,3)	56 (12,4)
	[20 - 30[anos de consumo	57 (35,0)	106 (65,0)	163 (36,2)
	=>30 anos de consumo	52 (22,8)	176 (77,2)	228 (50,7)
	Total	144 (32,0)	306 (68,0)	450
DURANTE A SEMANA	Não consome	46 (59,0)	32 (41,0)	78 (15,3)
	Consome	114 (26,5)	317 (73,5)	431 (84,7)
	Total	160 (31,4)	349 (68,6)	509
DURANTE O FIM-DE-SEMANA	Não consome	20 (35,7)	36 (64,3)	56 (11,0)
	Consome	141 (31,1)	313 (68,9)	454 (89,0)
	Total	161 (31,6)	349 (68,4)	510

Dos consumidores de álcool verificamos que 48,9% iniciara o referido consumo antes dos 18 anos de idade. Porém, 1,1% dos inquiridos iniciara o consumo na vida adulta (31 anos ou mais de idade). Perante esta proporção a maioria destes consumidores eram do sexo masculino (83,2%).

No entanto, a proporção de consumidores que iniciaram com 18 ou mais anos de idade foi de 51,11%, entre homens e mulheres, e revelou ser relativamente semelhante apesar de ligeiramente maior no grupo do sexo masculino.

Quanto ao número de anos de consumo de álcool (Classes), 50,7% consome álcool há 30 ou mais anos e 36,2% entre os 20 e os 29 anos de consumo. Nestes grupos de classes de anos de consumo a maioria dos habitantes era do sexo masculino. Porém, na classe de número de anos de consumo 10 – 19 anos verificou-se um comportamento inverso.

Como podemos constatar, 84,7% dos consumidores de álcool têm por hábito beber durante a semana. Avaliando o consumo por sexo, a maioria dos consumidores de álcool durante a semana era do sexo masculino (73,5%).

Quando nos centramos na análise do consumo em função do sexo verificamos que dos 349 homens consumidores 90,85% tem por hábito consumir álcool durante a semana. No que diz respeito ao sexo feminino a frequência de consumidores durante a semana foi ligeiramente menor (71,25%).

Procuramos de seguida compreender como os consumidores de álcool se comportavam, ao nível dos hábitos de consumo em função do período do dia. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 57: Caraterização de hábitos de consumo de álcool por sexo

Período do dia	SEXO								
	FEMININO			MASCULINO			Total		
	n (%linha)	% coluna	% Total	n (%linha)	% coluna	% Total	n	% Total ^(b)	
CONSUMO SEMANA (N=431)	PEQUENO-ALMOÇO	1(33,3)	0,9	0,2	2(66,7)	0,6	0,5	3	0,7
	MEIO DA MANHÃ	2(18,2)	1,8	0,5	9(81,8)	2,8	2,1	11	2,6
	ALMOÇO	54(18,8)	47,4	12,5	234(81,3)	73,8	54,3	288	66,8
	MEIO DA TARDE	10(7,7)	8,8	2,3	120(92,3)	37,9	27,8	130	30,2
	JANTAR	88(26,3)	77,2	20,4	246(73,7)	77,6	57,1	334	77,5
	DURANTE A NOITE	5(12,8)	4,4	1,2	34(87,2)	10,7	7,9	39	9,0
Total	114		26,5	317		73,5	805^(a)	186,8	
CONSUMO FIM-DE-SEMANA (N=454)	PEQUENO-ALMOÇO	1(50,0)	0,7	0,2	1(50,0)	0,3	0,2	2	0,4
	MEIO DA MANHÃ	1(10,0)	0,7	0,2	9(90,0)	2,9	2,0	10	2,2
	ALMOÇO	86(27,7)	61,0	18,9	225(72,3)	71,9	49,6	311	68,5
	MEIO DA TARDE	20(12,5)	14,2	4,4	140(87,5)	44,7	30,8	160	35,2
	JANTAR	100(28,0)	70,9	22,0	257(72,0)	82,1	56,6	357	78,6
	DURANTE A NOITE	27(26,2)	19,1	5,9	76(73,8)	24,3	16,7	103	22,7
Total	141		31,1	313		68,9	943^(a)	207,7	

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas quanto ao consumo de álcool; (b) – Corresponde à proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas quanto ao consumo de álcool.

Quanto ao consumo de álcool durante a semana, das 431 pessoas que indicaram consumir, 334 pessoas indicaram maioritariamente ter como consumo habitual no período do jantar (77,5%). O segundo período do dia em que foi mais referido para beber foi o período do almoço (66,8%), seguido do meio da tarde com 30,2% das respostas face aos 431 participantes. A maioria dos consumidores, nos períodos anteriormente referidos era do sexo masculino.

No entanto, quando avaliamos os grupos de forma individual, podemos constatar que no grupo do sexo feminino os períodos com maior consumo foram preferencialmente o período do jantar e depois ao almoço. Porém, o grupo masculino também revelara o mesmo padrão do grupo oposto mas com uma maior proporção nestes períodos e também durante o período do “meio da tarde” (37,9%).

Quanto ao consumo de álcool no fim-de-semana, de forma geral, a frequência de respostas quanto ao consumo entre os diferentes períodos do dia veio a constatar que foram ligeiramente superiores aos de durante a semana, em especial a partir do período do almoço.

Também entre os grupos de forma individual se registou-se uma maior proporção de respostas de consumo de álcool nos períodos do dia anteriormente referidos.

Também procuramos avaliar o consumo de álcool quanto ao tipo de bebidas quer durante a semana quer ao fim-de-semana. Vejamos os quadros seguintes:

Quadro 58: Caraterização de hábitos de consumo de álcool durante a semana por sexo

CONSUMO DURANTE A SEMANA	CONSUMO DE ÁLCOOL EM FUNÇÃO DO PERÍODO DO DIA		SEXO		
			FEMININO n (linha)	MASCULINO n (linha)	TOTAL n (coluna)
PEQUENO-ALMOÇO	Vinho Branco...		0 (0)	1 (100)	1 (33)
	Cerveja...		1 (100)	0 (0)	1 (33)
	Aguardente...		0 (0)	1 (100)	1 (33)
	Total		1 (33)	2 (67)	3 (100)
MEIO DA MANHÃ	Vinho Branco...		1 (13)	7 (88)	8 (73)
	Cerveja...		1 (33)	2 (67)	3 (27)
	Total		2 (18)	9 (82)	11 (100)
ALMOÇO	Vinho Branco...		49 (22)	178 (78)	227 (92)
	Cerveja...		1 (5)	18 (95)	19 (8)
	Aguardente...		0 (0)	2 (100)	2 (1)
	Total		50 (20)	198 (80)	248 (100)
MEIO DA TARDE	Vinho Branco...		2 (13)	13 (87)	15 (12)
	Cerveja...		8 (7)	101 (93)	109 (87)
	Aguardente...		0 (0)	2 (100)	2 (2)
	Total		10 (8)	116 (92)	126 (100)
JANTAR	Vinho Branco...		82 (32)	176 (68)	258 (95)
	Cerveja...		1 (14)	6 (86)	7 (3)
	Aguardente...		0 (0)	6 (100)	6 (2)
	Total		83 (31)	188 (69)	271 (100)
DURANTE A NOITE	Vinho Branco...		1 (33)	2 (67)	3 (8)
	Cerveja...		4 (13)	26 (87)	30 (83)
	Aguardente...		0 (0)	2 (100)	2 (6)
	Whisky...		0 (0)	1 (100)	1 (3)
	Total		5 (14)	31 (86)	36 (100)

O tipo de bebida mais consumida enquanto frequência de consumo por semana e fim-de-semana pela população que tem hábito de beber álcool foi o “vinho” e a “cerveja”. Quanto ao período do dia, quer durante a semana quer ao fim-de-semana, a maioria dos consumidores bebe vinho ao “almoço” e ao “jantar” e prefere beber cerveja ao “meio da tarde” e “durante a noite”. Em todos os períodos anteriormente mencionados a maioria dos consumidores eram homens.

Quadro 59: Caracterização de hábitos de consumo de álcool durante o fim-de-semana por sexo

CONSUMO DE ALCOOL EM FUNÇÃO DO PERÍODO DO DIA			SEXO		
			FEMININO n (linha)	MASCULINO n (linha)	TOTAL n (coluna)
CONSUMO AO FIM-DE-SEMANA	PEQUENO-ALMOÇO	Cerveja...	1 (100)	0 (0)	1 (50)
		Whisky...	0 (0)	1 (100)	1 (50)
		Total	1 (50)	1 (50)	2 (100)
	MEIO DA MANHÃ	Vinho Branco...	0 (0)	4 (100)	4 (40)
		Cerveja...	1 (25)	3 (75)	4 (40)
		Aguardente...	0 (0)	1 (100)	1 (10)
		Whisky...	0 (0)	1 (100)	1 (10)
		Total	1 (10)	9 (90)	10 (100)
	ALMOÇO	Vinho Branco...	76 (32)	162 (68)	238 (93)
		Cerveja...	1 (7)	13 (93)	14 (5)
		Aguardente...	0 (0)	3 (100)	3 (1)
		Total	77 (30)	178 (70)	255 (100)
	MEIO DA TARDE	Vinho Branco...	0 (0)	15 (100)	15 (10)
		Cerveja...	19 (14)	118 (86)	137 (90)
		Total	19 (13)	133 (88)	152 (100)
	JANTAR	Vinho Branco...	91 (36)	161 (64)	252 (91)
		Cerveja...	0 (0)	13 (100)	13 (5)
		Aguardente...	1 (13)	7 (88)	8 (3)
		Whisky...	0 (0)	3 (100)	3 (1)
		Total	92 (33)	184 (67)	276 (100)
DURANTE A NOITE	Vinho Branco...	1 (20)	4 (80)	5 (6)	
	Cerveja...	17 (27)	46 (73)	63 (72)	
	Aguardente...	3 (75)	1 (25)	4 (5)	
	Whisky...	0 (0)	11 (100)	11 (13)	
	Total	25 (28)	63 (72)	88 (100)	

216

Também procuramos conhecer os locais de consumo habituais pelos habitantes do concelho de Coimbra. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 60: Caracterização de hábitos de consumo de álcool em função do local por sexo

LOCAIS DE CONSUMO DE ALCOOL (N=506)	SEXO							Total	
	FEMININO			MASCULINO				n	% Total ^(b)
	n (%linha)	% coluna	% Total	n (%linha)	% coluna	% Total			
▪ CASA	146(32,6)	90,7	28,9	302(67,4)	87,5	59,7	448	88,5	
▪ TRABALHO	2(9,5)	1,2	0,4	19(90,5)	5,5	3,8	21	4,2	
▪ CAFÉ	19(10,9)	11,8	3,8	155(89,1)	44,9	30,6	174	34,4	
▪ BAR/PUB	27(38,0)	16,8	5,3	44(62,0)	12,8	8,7	71	14,0	
▪ RESTAURANTE	62(30,8)	38,5	12,3	139(69,2)	40,3	27,5	201	39,7	
▪ DISCOTECA...	17(39,5)	10,6	3,4	26(60,5)	7,5	5,1	43	8,5	
▪ FESTAS PARTICULARES...	50(37,6)	31,1	9,9	83(62,4)	24,1	16,4	133	26,3	
Total	161	31,8	31,8	345	68,2	68,2	1091^(a)	215,6	

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas quanto ao(s) local(ais) de consumo de álcool; (b) – Corresponde à proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas quanto ao(s) local(ais) de consumo de álcool.

Das 1091 respostas apresentadas pelos nossos consumidores (N=506), 448 tem por hábito consumir álcool em sua “Casa” (88,5%) seguida dos espaços como “Restaurantes” (39,7%), “Cafés” (34,4%) e “Festas particulares” (26,3%). Da frequência destas respostas, a maioria das pessoas é do sexo masculino.

Quando descrevemos o consumo de álcool em cada um dos grupos face aos diferentes locais, constatamos que a maioria das pessoas do sexo feminino privilegia o consumo de álcool em casa (90,7%), em restaurantes (38,5%) e festas particulares (31,1%). Quanto ao grupo masculino, revelou uma frequência de respostas semelhante quanto ao consumo de álcool em casa (87,5%)

face ao grupo feminino, mas diferenciador à proporção de respostas noutros locais habituais de consumo: cafés (44,9%) e restaurantes (40,3%).

▪ *Ex-Consumidores de Álcool*

Quanto ao perfil dos ex-consumidores de álcool os resultados são apresentados nos quadros seguintes:

Quadro 61: Caraterização de hábitos de consumo de álcool em ex-consumidores por sexo

	SEXO		
	FEMININO (n=13)	MASCULINO (n=15)	TOTAL (n=28)
	M±DP	M±DP	M±DP
IDADE DE INÍCIO DE CONSUMO	22,00 (10,20)	16,53 (3,09)	19,07 (7,67)
N.º DE ANOS DE CONSUMO	21,08 (17,55)	22,47 (16,07)	21,82 (16,47)
TEMPO EM QUE DEIXOU DE BEBER	13,60 (11,91)	10,67 (11,88)	12,03 (11,77)

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão.

O perfil de consumo de álcool dos ex-consumidores quanto à idade de início de consumo, no geral, foi em média aos 19,07±7,67 anos. À semelhança do que foi observado no perfil de consumidores habituais os ex-consumidores masculinos iniciaram, em média, mais cedo o consumo de álcool (16,53±3,09 anos) face ao sexo feminino (22,0±10,20 anos).

Quanto ao número de anos de consumo, no geral, este rondou os 22 anos e foram os homens, em média, que consumiram durante mais anos (22,47 ± 16,07 anos) face ao grupo feminino de ex-consumidoras. Por fim, o número de anos em que já não consumiam álcool foram as mulheres, em média, onde se registou um abandono do consumo há mais tempo (13,60 ± 11,91 anos) face aos homens.

Propusemos a mesma classificação de idade e anos de consumo que anteriormente se apresentou no âmbito dos consumidores. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 62: Caraterização de hábitos de consumo de álcool (classes) em ex-consumidores por sexo

		Sexo		Total n (% coluna)
		Feminino n (%linha)	Masculino n (%linha)	
IDADE DE INÍCIO DE CONSUMO ÁLCOOL	< 18 anos	4(25,0)	12(75,0)	16(57,1)
	=> 18 anos	9(75,0)	3(25,0)	12(42,9)
	Total	13(46,4)	15(53,6)	28(100,0)
NÚMERO DE ANOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL	< 10 anos	5(62,5)	3(37,5)	8(28,6)
	[10 - 20[anos	2(40,0)	3(60,0)	5(17,9)
	[20 - 30[anos	1(16,7)	5(83,3)	6(21,4)
	=>30 anos	5(55,6)	4(44,4)	9(32,1)
	Total	13(46,4)	15(53,6)	28(100,0)

A maioria dos ex-consumidores (57,1%) iniciara o consumo de álcool com 17 ou menos anos. Destes consumidores, 75% era do sexo masculino. No entanto, quem iniciara o consumo com 18 ou mais anos de idade, a maioria era do sexo feminino (75%).

Quanto ao número de anos de consumo, 32,1% bebera álcool durante 30 ou mais anos e 28,6% menos de 10 anos. Destes consumidores a maioria (62,5%) eram do sexo feminino.

Quando questionados face aos motivos que conduziram ao abandono do consumo de álcool as razões mais apontadas estão expressas no quadro seguinte:

Quadro 63: Descrição do(s) motivo(s) para o abandono do consumo de álcool por sexo

MOTIVO(S) PARA O ABANDONO (N=27)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	%
	n (%linha)	% coluna	% Total	n (%linha)	% coluna	% Total		
▪ INFLUÊNCIA DOS FAMILIARES	2(33,3)	15,4	7,4	4(66,7)	28,6	14,8	6	22,2
▪ PROBLEMAS FAMILIARES	0(0,0)	0,0	0,0	2(100,0)	14,3	7,4	2	7,4
▪ PROBLEMAS DE SAÚDE	5(38,5)	38,5	18,5	8(61,5)	57,1	29,6	13	48,1
▪ CONSELHO MÉDICO	4(44,4)	30,8	14,8	5(55,6)	35,7	18,5	9	33,3
▪ MOTIVOS PROFISSIONAIS	1(33,3)	7,7	3,7	2(66,7)	14,3	7,4	3	11,1
▪ NÃO GOSTAR DO SABOR DO ALCÓOL	1(50,0)	7,7	3,7	1(50,0)	7,1	3,7	2	7,4
▪ MEDO DE PROBLEMAS DE SAÚDE NO FUTURO	2(40,0)	15,4	7,4	3(60,0)	21,4	11,1	5	18,5
▪ DEIXOU DE GOSTAR DE BEBER	3(60,0)	23,1	11,1	2(40,0)	14,3	7,4	5	18,5
▪ NÃO GOSTAVA DA DEPENDÊNCIA DO ALCÓOL	1(50,0)	7,7	3,7	1(50,0)	7,1	3,7	2	7,4
▪ DESEJAR TER UMA BOA CONDIÇÃO FÍSICA	1(33,3)	7,7	3,7	2(66,7)	14,3	7,4	3	11,1
▪ POR CONHECER PESSOAS DOENTES DEVIDO AO ALCÓOL	1(50,0)	7,7	3,7	1(50,0)	7,1	3,7	2	7,4
Total	13	48,1	14	51,9	52^(a)	192,6		

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas quanto ao(s) motivo(s) para o abandono do consumo de álcool; (b) – Corresponde à proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas quanto ao(s) motivo(s) para o abandono do consumo de álcool.

Do(s) motivo(s) para deixar de consumir álcool obtivemos 52 respostas de um total de 27 ex-consumidores. A maior frequência de respostas no que diz respeito ao abandono do consumo de álcool esteve relacionada com “*problemas de saúde*” (48,1%), por “*aconselhamento médico*” (33,3%), “*influência de familiares*” (22,2%) bem como por “*medo de problemas de saúde no futuro*” e “*por deixar de gostar de beber*” (18,5%).

218

Quando avaliamos, de forma comparativa, o(s) motivo(s) para o abandono do consumo por sexo, verificamos à exceção do motivo “*deixar de gostar de beber*”, a maioria das respostas pertenciam ao grupo masculino.

▪ Não consumidores

Houve também interesse em compreender a(s) razão(ões) que levaram os não consumidores a não aderirem ao consumo de álcool. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 64: Descrição da(s) razão(ões) para o não consumo de álcool por sexo

RAZÃO(ÕES) PARA O NÃO CONSUMO (N=556)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	Total ^(b)
	n (%linha)	% coluna	% Total	n (%linha)	% coluna	% Total		
▪ INFLUÊNCIA DE FAMILIARES	97(80,8)	21,4	17,4	23(19,2)	22,3	4,1	120	21,6
▪ INFLUÊNCIA DE AMIGOS/COLEGAS/VIZINHOS	9(69,2)	2,0	1,6	4(30,8)	3,9	0,7	13	2,3
▪ POR DOENÇA	14(58,3)	3,1	2,5	10(41,7)	9,7	1,8	24	4,3
▪ POR MOTIVOS LABORAIS	12(41,4)	2,6	2,2	17(58,6)	16,5	3,1	29	5,2
▪ POR NÃO GOSTAR	330(88,0)	72,8	59,4	45(12,0)	43,7	8,1	375	67,4
▪ NENHUM FAMILIAR BEBER	18(75,0)	4,0	3,2	6(25,0)	5,8	1,1	24	4,3
▪ NÃO TER CONHECIMENTO DE BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE	45(78,9)	9,9	8,1	12(21,1)	11,7	2,2	57	10,3
▪ POR MOTIVOS ESCOLARES	1(100,0)	0,2	0,2	0(0,0)	0,0	0,0	1	0,2
▪ POR OPÇÃO PESSOAL	11(64,7)	2,4	2,0	6(35,3)	5,8	1,1	17	3,1
▪ NENHUM MOTIVO EM ESPECIAL	4(80,0)	0,9	0,7	1(20,0)	1,0	0,2	5	0,9
Total	453		81,5	103		18,5	665^(a)	119,6

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas quanto ao(s) motivo(s) para o não do consumo de álcool; (b) – Corresponde à proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas quanto ao(s) motivo(s) para o não do consumo de álcool.

Da população que não bebe álcool (n=556) verificamos 665 razões para o não consumo. A maior frequência de respostas para o não consumo foram “por não gostar” (67,4%), “influência de familiares” (1,6%) e ainda associado a “não ter conhecimento de benefícios para a saúde” (10,3%). As opções de resposta menos apontadas foram por “motivos escolares” e por “nenhum motivo em especial”.

Quando realizamos uma comparação de respostas entre o grupo masculino e feminino, verificamos que das pessoas que indicaram não gostar de beber a maioria era do sexo feminino (88%) e padrão semelhante ocorrera quanto à opção de influência de familiares e desconhecimento de benefícios do álcool para a saúde.

2.1.3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS HÁBITOS DE ATIVIDADE FÍSICA

Procuramos nesta parte da nossa análise descritiva compreender determinados hábitos da vida diária em geral, e em específico relacionadas com a atividade física. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 65: Caraterização dos hábitos de sono e de trabalho (horas/dia e semana) por sexo

	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	M ± DP	N	M ± DP	N	M ± DP	N
HORAS DE SONO POR DIA	7,19(1,11)	706	7,41(1,06)	480	7,28 (1,09)	1186
HORAS DE TRABALHO POR SEMANA	39,98(10,80)	535	43,58(10,91)	373	41,46 (10,98)	908

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão.

Em média, os habitantes indicaram dormir $7 \pm 1,09$ horas por dia. As horas de sono revelaram ter um padrão semelhante quer em homens quer em mulheres. Quanto às horas de trabalho, em média, os respondentes indicaram trabalhar sensivelmente $42 \pm 10,98$ horas por semana e foram os homens que registaram maior número de horas laborais face ao grupo feminino. Propusemos também classificar as variáveis anteriormente apresentadas para melhor explicar a distribuição dos inquiridos por sexo. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 66: Caracterização dos hábitos de sono e de trabalho (horas/dia e semana - Classes) por sexo

		SEXO		
		FEMININO n (% linha)	MASCULINO n (% linha)	TOTAL n (% coluna)
HORAS DE SONO POR DIA	< 7,00 horas por dia	189 (66,3)	96 (33,7)	285 (24,0)
	[7,00 - 8,00] horas por dia	458 (57,5)	339 (42,5)	797 (67,2)
	> 8,00 horas por dia	59 (56,7)	45 (43,3)	104 (8,8)
	Total	706 (59,5)	480 (40,5)	1186 (100,0)
HORAS DE TRABALHO POR SEMANA	< 35 horas por semana	39 (79,6)	10 (20,4)	49 (5,4)
	[35,00 - 40,00] por semana	388 (63,4)	224 (36,6)	612 (67,4)
	> 40 horas por semana	108 (43,7)	139 (56,3)	247 (27,2)
	Total	535 (58,9)	373 (41,1)	908 (100,0)

A maioria dos inquiridos indicou dormir entre 7 a 8 horas por dia (67,2%) e a maioria destes eram do sexo feminino (57,5%). Porém, 24% dos participantes indicaram dormir menos de 7 horas e foram também as mulheres que mais contribuíram, de forma proporcional, para este número (66,3%).

220

Se avaliarmos cada grupo individualmente constatamos que das 706 mulheres em estudo 64,87% indicaram dormir entre 7 a 8 horas/dia e 26,77% dormiam menos de 7 horas/dia. Quanto ao grupo masculino, 70,63% também dormia entre 7 a 8 horas/dia e em proporção ligeiramente menor face ao grupo feminino, 20% indicou dormir menos de 7 horas dias.

Quanto ao tempo despendido (horas) em trabalho (atividade laboral) por semana 67,4% indicaram trabalhar entre 35 a 40 horas por semana. O grupo que mais contribuiu para esta proporção de horas de trabalho foi o grupo feminino (63,4%). No entanto, 27,2% trabalha mais de 40 horas por semana e a maioria destes eram homens (56,3%).

Procurando, de seguida, conhecer os hábitos de deslocação para o local de trabalho, foi colocada a questão da identificação da forma (meio) pelo qual habitualmente se deslocavam para o local de trabalho bem como o tipo de atividade que tinha no mesmo. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 67: Caracterização dos hábitos diários de deslocação por sexo

DESLOCAÇÃO PARA O TRABALHO	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	%
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total		
▪ A PÉ	73(70,9)	13,5	8,0	30(29,1)	8,0	3,3	103	11,3
▪ CARRO	361(52,7)	66,7	39,5	324(47,3)	86,6	35,4	685	74,9
▪ TRANSPORTES PÚBLICOS	107(84,3)	19,8	11,7	20(15,7)	5,3	2,2	127	13,9
Total	541(59,1)			374(40,9)			915	100

Habitualmente os nossos habitantes têm como maior preferência de deslocação para o local de trabalho o “*veículo particular*” (74,9%). A maioria das pessoas que opta por esta forma de deslocação é do sexo feminino (52,7%). A segunda maior frequência de respostas de opção na deslocação para o local de trabalho foi o “*transporte público*” (13,9%) e das pessoas que optam por este meio de transporte 84,3% era do sexo feminino.

Ao avaliarmos as respostas pelos grupos individualmente, 66,7% das mulheres optam pela deslocação em veículo particular e 19,8% pelos transportes públicos. No entanto, dos 374 homens que responderam a esmagadora maioria (86,6%) utilizam, preferencialmente, o carro particular na deslocação para o local de trabalho.

Quanto ao tipo de atividade laboral desempenhado pelo trabalhador vejamos o quadro seguinte:

Quadro 68: Caracterização do tipo de atividade laboral por sexo

TIPO DE ATIVIDADE NO EMPREGO	SEXO		
	FEMININO n (% linha)	MASCULINO n (% linha)	TOTAL n (% coluna)
• SENTADO A MAIOR PARTE DO TEMPO	188 (63,9)	106 (36,1)	294 (32,1)
• DE PÉ E ANDA, MAS SEM OUTRA ATIVIDADE FÍSICA	154 (61,6)	96 (38,4)	250 (27,3)
• DE PÉ E ANDA, MAS TAMBÉM SOBE ESCADAS E CARREGA OBJETOS	188 (60,3)	124 (39,7)	312 (34,1)
• ATIVIDADE FÍSICA PESADA	12 (20,4)	47 (79,6)	59 (6,5)
Total	542 (59,2)	373 (40,8)	915

Legenda: (a) Como se desloca para o trabalho.

Quanto ao tipo de atividade que os trabalhadores tinham no seu local de trabalho verificamos que 34,1% indicou que fica “*de pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objetos*”, 32,1% encontra-se “*Sentado a maior parte do tempo*” ou então está “*de pé e anda, mas sem outra atividade física*” (27,3%). Estes três tipos de atividade laboral foram maioritariamente apontadas pelo grupo feminino.

Por fim, questionou-se os habitantes quanto à realização de prática desportiva e verificamos que a maioria não pratica qualquer tipo de desporto

Quadro 69: Prática de atividade física por sexo

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	SEXO		
	FEMININO n (% linha)	MASCULINO n (% linha)	TOTAL n (% coluna)
SIM	183 (55,1)	149 (44,5)	332 (27,7)
NÃO	535 (61,8)	331 (38,3)	866 (72,3)
Total	718 (59,9)	480 (40,1)	1198(100,0)

(72,0%) e destes o predomínio da não prática foi observado no sexo feminino (61,7%).

Das pessoas que indicaram praticar desporto passamos a discriminar os vários tipos de desporto que realizam. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 70: Tipo de desporto por sexo

TIPO DE DESPORTO (N=327)	SEXO						Total	
	FEMININO			MASCULINO			n	Total ^(b)
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total		
FUTEBOL	2(2,7)	1,1	0,6	72(97,3)	48,6	22,0	74	22,6
ANDEBOL	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	0,7	0,3	1	0,3
ATLETISMO (CORRIDA)	3(15,0)	1,7	0,9	17(85,0)	11,5	5,2	20	6,1
NATAÇÃO	18(60,0)	10,1	5,5	12(40,0)	8,1	3,7	30	9,2
BASQUETEBOLO	1(33,3)	0,6	0,3	2(66,7)	1,4	0,6	3	0,9
VOLEIBOL	1(100,0)	0,6	0,3	0(0,0)	0,0	0,0	1	0,3
GINÁSTICA	31(91,2)	17,3	9,5	3(8,8)	2,0	0,9	34	10,4
GINÁSIO (MANUTENÇÃO)	49(58,3)	27,4	15,0	35(41,7)	23,6	10,7	84	25,7
CAMINHADAS	113(73,4)	63,1	34,6	41(26,6)	27,7	12,5	154	47,1
BTT	3(15,8)	1,7	0,9	16(84,2)	10,8	4,9	19	5,8
WAKEBOARD	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	0,7	0,3	1	0,3
KARATÉ	0(0,0)	0,0	0,0	3(100,0)	2,0	0,9	3	0,9
DANÇA	3(60,0)	1,7	0,9	2(40,0)	1,4	0,6	5	1,5
MOTOCICLISMO	0(0,0)	0,0	0,0	2(100,0)	1,4	0,6	2	0,6
DARDOS	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	0,7	0,3	1	0,3
JUDO	0(0,0)	0,0	0,0	2(100,0)	1,4	0,6	2	0,6
EQUITAÇÃO	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	0,7	0,3	1	0,3
TÊNIS	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	0,7	0,3	1	0,3
Total	179		54,7	148		45,3	436 ^(a)	133,3

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas quanto ao tipo de desporto; (b) – Corresponde à proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas quanto ao tipo de desporto.

Das 436 respostas avaliadas de um total de 327 praticantes de desporto, 47,1% realiza “caminhadas”, seguida de atividade desportiva em “ginásios” (25,7%), “futebol” (22,6%) e ainda 10,4% “ginástica”. Ao avaliarmos as respostas pelos grupos de forma individual constatamos que 63,1% das mulheres prefere realizar caminhadas ou realizar atividade desportiva em ginásios (27,4%). Enquanto o grupo masculino prefere jogar futebol (48,6%), realizar caminhadas (27,7%) ou ginásio (23,6%).

Foram também questionados quanto ao tipo e a forma de prática desportiva. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 71: Caracterização da prática desportiva por sexo

		SEXO		
		FEMININO n (linha)	MASCULINO n (linha)	TOTAL n (coluna)
TIPO DE PRÁTICA DESPORTIVA	Profissional	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (1,9)
	Amador	170 (54,1)	144 (45,9)	314 (98,1)
	Total	174 (54,4)	146 (45,6)	320 (100,0)
FORMA DE PRÁTICA	Isolada das pessoas	24 (53,3)	21 (46,7)	45 (13,8)
	Acompanhada	154 (55,0)	126 (45,0)	280 (86,2)
	Total	178 (54,8)	147 (45,2)	325 (100,0)
NA PRÁTICA DESPORTIVA ACOMPANHADA A PREFERÊNCIA É POR	Desportos coletivos	18 (22,2)	63 (77,8)	81 (30,6)
	Espaços públicos com pessoas a realizar desporto	127 (69,0)	57 (31,0)	184 (69,4)
	Total	145 (54,7)	120 (45,3)	265 (100,0)

A esmagadora maioria revelou praticar exercício físico de forma “*amadora*” (98,1%) e destes a maioria eram mulheres (54,1%). Quanto à forma de prática 86,2% prefere realizar atividade “*acompanhada*” e que essa mesma atividade se realize em “*Espaços públicos com pessoas a realizar desporto*” (69,4%).

Quanto aos objetivos de realização da prática desportiva as opções mais referidas foram para (Quadro 72):

Quadro 72: Caracterização dos objetivos da prática desportiva por sexo

OBJETIVOS DA PRÁTICA DESPORTIVA (N=321)	SEXO							
	FEMININO			MASCULINO			Total	
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	n	% Total ^(b)
▪ MANUTENÇÃO	85(49,1)	49,1	26,5	88(50,9)	59,5	27,4	173	53,9
▪ COMPETIÇÃO	4(33,3)	2,3	1,2	8(66,7)	5,4	2,5	12	3,7
▪ PRAZER	86(47,0)	49,7	26,8	97(53,0)	65,5	30,2	183	57,0
▪ OBRIGAÇÃO MÉDICA	6(60,0)	3,5	1,9	4(40,0)	2,7	1,2	10	3,1
▪ INFLUÊNCIA DE AMIGOS/FAMILIARES	11(68,8)	6,4	3,4	5(31,3)	3,4	1,6	16	5,0
▪ BENEFÍCIO PARA A SAÚDE	115(61,8)	66,5	35,8	71(38,2)	48,0	22,1	186	57,9
▪ CONVÍVIO	1(33,3)	0,6	0,3	2(66,7)	1,4	0,6	3	0,9
Total	173		53,9	148		46,1	583^(a)	181,6

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas quanto ao(s) objetivo(s) da prática de desporto; (b) – Corresponde à proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas quanto ao(s) objetivo(s) da prática de desporto.

Das 583 respostas registadas dos 321 praticantes de desporto sobre os objetivos do mesmo, constatamos que a prática de desporto, na maioria das respostas coincide com os “*benefícios para a saúde*” (57,9%) e “*prazer*” (57,0%), seguida pela procura de manter uma boa condição física (*Manutenção* - 53,9%). Este padrão de resposta revelou ser semelhante em cada grupo individualmente.

Foi também relevante descrever os motivos/razões dos inquiridos que não praticavam atividade física ou desportiva. Vejamos o quadro seguinte:

As razões mais apontadas pelos participantes do concelho de Coimbra foram “não se sentirem motivados” (35,3%) para a prática desportiva, seguida de “falta de tempo” (22,3%) e por não “gostar de praticar” (21,4%). Também 18,1% indicaram “desinteresse” e por “problemas de saúde” (11,2%) na prática de qualquer modalidade.

Em todas as razões apontadas a maioria das pessoas eram do sexo feminino. As razões menos apontadas foram por “vergonha de se expor”, “razões financeiras”, “cansaço” e por “recomendação médica”.

Quadro 73: Caracterização das razões da não prática desportiva por sexo

RAZÕES PARA A NÃO PRÁTICA DE ATIVIDADE DESPORTIVA		SEXO		
		FEMININO n (linha)	MASCULINO n (linha)	TOTAL n (coluna)
NÃO GOSTAR DE PRATICAR	Não	360 (60,8)	232 (39,2)	592 (78,6)
	Sim	98 (60,9)	63 (39,1)	161 (21,4)
	Total	458 (60,8)	295 (39,2)	753 (100,0)
NÃO ME SENTIR MOTIVADO	Não	287 (58,9)	200 (41,1)	487 (64,7)
	Sim	171 (64,3)	95 (35,7)	266 (35,3)
	Total	458 (60,8)	295 (39,2)	753 (100,0)
POR DESINTERESSE	Não	377 (61,1)	240 (38,9)	617 (81,9)
	Sim	81 (59,6)	55 (40,4)	136 (18,1)
	Total	458 (60,8)	295 (39,2)	753 (100,0)
POR VERGONHA DE ME EXPOR	Não	445 (60,4)	292 (39,6)	737 (97,9)
	Sim	13 (81,3)	3 (18,8)	16 (2,1)
	Total	458 (60,8)	295 (39,2)	753 (100,0)
POR RECOMENDAÇÃO MÉDICA	Não	454 (61,3)	287 (38,7)	741 (98,4)
	Sim	4 (33,3)	8 (66,7)	12 (1,6)
	Total	458 (60,8)	295 (39,2)	753 (100,0)
PROBLEMAS DE SAÚDE	Não	410 (61,3)	259 (38,7)	669 (88,8)
	Sim	48 (57,1)	36 (42,9)	84 (11,2)
	Total	458 (60,8)	295 (39,2)	753 (100,0)
FALTA DE ESPAÇOS (PÚBLICOS/PRIVADOS) PARA A PRÁTICA DESPORTIVA	Não	437 (60,9)	281 (39,1)	718 (95,4)
	Sim	21 (60,0)	14 (40,0)	35 (4,6)
	Total	458 (60,8)	295 (39,2)	753 (100,0)
FALTA DE TEMPO	Não	346 (59,1)	239 (40,9)	585 (77,7)
	Sim	112 (66,7)	56 (33,3)	168 (22,3)
	Total	458 (60,8)	295 (39,2)	753 (100,0)
IDADE AVANÇADA	Não	450 (60,8)	290 (39,2)	740 (98,3)
	Sim	8 (61,5)	5 (38,5)	13 (1,7)
	Total	458 (60,8)	295 (39,2)	753 (100,0)
POR CANSAÇO	Não	453 (60,8)	292 (39,2)	745 (98,9)
	Sim	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (1,1)
	Total	458 (60,8)	295 (39,2)	753 (100,0)
MOTIVOS FINANCEIROS	Não	446 (60,5)	291 (39,5)	737 (97,9)
	Sim	12 (75,0)	4 (25,0)	16 (2,1)
	Total	458 (60,8)	295 (39,2)	753 (100,0)

2.2 – Segunda Parte – Perceção de Estado de Saúde Geral

Nesta segunda parte procuramos avaliar o impacto de cada um dos diferentes indicadores (contexto, indicadores e determinantes) de saúde sobre a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde na população do concelho de Coimbra.

As pontuações atribuídas pelos utentes às diferentes dimensões de QVRS são as descritas em valores médios \pm desvio padrão bem como as estimativas por intervalos de confiança para a média e a respetiva significância (*p-value*).

2.2.1 Perceção de Estado de Saúde e os Indicadores de Contexto

▪ Estado de Saúde entre homens e mulheres

Procuramos compreender a variação média da perceção de estado de saúde entre as diferentes dimensões de QVRS (quadro 74).

Quadro 74: Perceção de Estado de Saúde por Sexo

ESTADO DE SAÚDE	FEMININO		MASCULINO		p-value
	M \pm DP (n)	IC95%	M \pm DP (n)	IC95%	
FUNÇÃO FÍSICA	82,39 \pm 20,84 (719)	80,86 - 83,91	87,68 \pm 19,99 (478)	85,88 - 89,48	<0,001
DESEMPENHO FÍSICO	82,60 \pm 22,86 (725)	80,93 - 84,26	86,40 \pm 21,55 (479)	84,47 - 88,34	0,001
DOR CORPORAL	67,35 \pm 24,25 (727)	65,58 - 69,11	74,66 \pm 23,26 (484)	72,58 - 76,74	<0,001
SAÚDE EM GERAL	60,70 \pm 18,40 (726)	59,36 - 62,04	63,38 \pm 17,20 (479)	61,84 - 64,92	0,027
VITALIDADE	62,61 \pm 21,91 (725)	61,01 - 64,21	70,31 \pm 20,15 (477)	68,50 - 72,13	<0,001
FUNÇÃO SOCIAL	80,17 \pm 21,91 (728)	78,57 - 81,76	85,46 \pm 18,95 (484)	83,77 - 87,15	<0,001
DESEMPENHO EMOCIONAL	84,96 \pm 21,68 (724)	83,38 - 86,54	88,27 \pm 19,79 (478)	86,49 - 90,05	0,006
SAÚDE MENTAL	73,33 \pm 20,65 (725)	71,82 - 74,83	79,19 \pm 17,35 (476)	77,62 - 80,75	<0,001

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney; t-Student para amostras independentes.

Segundo o quadro anterior, em média, a perceção de estado de saúde foi significativamente superior no grupo do sexo masculino comparativamente ao grupo feminino segundo as diferentes dimensões de QVRS.

Em média, foram os homens que melhor “*função*” e “*desempenho físico*” apresentaram face ao grupo feminino. Ao nível da “*dor corporal*” também foram reveladores de menor impacto desta no sexo masculino comparativamente ao grupo do sexo oposto. Quanto à “*saúde em geral*” os homens revelaram-se francamente melhores face ao grupo feminino ($p=0,027$).

Também, o grupo masculino revelara maiores índices de energia/vigor, melhor função social bem como de desempenho emocional comparativamente ao sexo feminino. Ao nível da “*saúde mental*” também o grupo feminino revelou menor bem-estar psicológico comparativamente ao grupo masculino

▪ Estado de Saúde por classes de idade

Também procuramos verificar se o perfil de saúde era diferente em função do grupo de idade dos habitantes do concelho. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 75: Perceção de Estado de Saúde por Classes de Idade

Estado de Saúde	[35-45] ANOS		[45-55] ANOS		[55-65] ANOS		=> 65 ANOS	
	M±DP (n)	IC95	M±DP (n)	IC95	M±DP (n)	IC95	M±DP (n)	IC95
FF (p<0,001)	92,79±13,20 (487)	91,61-93,96	86,70±15,57 (374)	85,12-88,29	78,60±19,77 (189)	75,76-81,44	58,22±29,18 (143)	53,39-63,04
DF (p<0,001)	91,86±15,84 (487)	90,42-93,24	86,84±18,37 (378)	84,98-88,70	77,96±22,98 (191)	74,68-81,24	58,94±29,29 (144)	54,12-63,77
DC (p<0,001)	78,22±22,06 (487)	76,25-80,18	69,45±22,85 (380)	67,15-71,76	66,08±23,65 (194)	62,73-69,43	51,89±22,95 (146)	48,14-55,64
SG (p<0,001)	68,12±15,49 (485)	66,74-69,50	62,30±16,51 (379)	60,63-63,97	57,28±17,81 (193)	54,75-59,81	45,18±17,75 (144)	42,26-48,10
V (p<0,001)	71,60±19,88 (486)	69,82-73,37	66,02±19,87 (377)	64,01-68,03	60,88±22,96 (190)	57,59-64,16	51,69±21,31 (145)	48,19-55,19
FS (p<0,001)	86,86±19,08 (487)	85,16-88,56	82,64±20,16 (381)	80,61-84,68	78,80±21,20 (194)	75,80-81,80	71,32±23,22 (146)	67,52-75,12
DE (p<0,001)	90,76±17,30 (487)	89,22-92,30	88,75±17,59 (377)	86,97-90,53	81,27±22,81 (190)	78,01-84,54	71,18±28,73 (144)	66,45-75,91
SM (p<0,001)	79,77±17,54 (486)	78,20-81,33	76,08±18,30 (377)	74,22-77,93	70,57±22,50 (190)	67,35-73,79	68,23±21,27 (144)	64,73-71,73

Legenda: FF (Função Física); DF (Desempenho Físico); DC (Dor Corporal); SG (Saúde Geral); V (Vitalidade); FS (Função Social); DE (Desempenho Emocional); SM (Saúde Mental). M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Testes: Análise da Variância a I fator; Brown-Forsythe.

De forma geral verificamos a presença de diferenças médias estatisticamente significativas entre as dimensões que compõem a escala de QVRS por classes de idade.

226

Realizando uma análise das dimensões que compõem a **Componente Física** do “Estado de Saúde” por classes de idade com recurso ao teste de comparações múltiplas *Games-Howell* (G-H): a “função física” indicou que a capacidade de executar atividades físicas desde as menores até às mais exigentes no dia-a-dia vai diminuindo com a idade dos habitantes em estudo. Estas diferenças acentuam-se entre as idades 35-44 anos face aos habitantes com: 45 a 54 anos ($d\bar{x} = 6,092; p < 0,0001$), 55 a 64 anos ($d\bar{x} = 14,212; p < 0,0001$), ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 34,579; p < 0,0001$). Também ao nível da classe 45 a 54 anos revelaram níveis mais elevados de função física comparativamente aos grupos com: 55 a 64 anos ($d\bar{x} = 8,120; p < 0,0001$); ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 28,487; p < 0,0001$). Também esta dimensão revelou um valor médio significativamente superior entre as pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos comparativamente às ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 20,367; p < 0,0001$).

Também ao nível do “desempenho físico”, com o avançar da idade das pessoas este índice diminuiu traduzindo numa maior limitação em saúde, quer em termos do tipo de atividade diária quer na quantidade de trabalho realizado. Face ao exposto, com recurso ao teste comparações múltiplas G-H, verificamos que as pessoas com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos revelaram melhores resultados nesta dimensão de saúde face aos habitantes nas classes de idade: 45 a 54 anos ($d\bar{x} = 4,986; p < 0,0001$), 55 a 64 anos ($d\bar{x} = 13,869; p < 0,0001$), ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 32,884; p < 0,0001$). Quanto à classe dos 45 aos 54 anos também revelou níveis mais

elevados de desempenho físico comparativamente aos grupos com: 55 a 64 anos ($d\bar{x} = 8,883; p < 0,0001$); ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 27,898; p < 0,0001$). Padrão semelhante ocorrera em pessoas com idades compreendidas entre os 55 a 64 anos comparativamente às ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 19,015; p < 0,0001$).

Quanto à intensidade e o desconforto causados pela dor nas atividades diárias (*dor corporal*) constatamos com recurso ao teste de comparações múltiplas *Least Significant Difference* (LSD) que as pessoas na classe de idades entre os 35-44 anos revelaram melhores resultados nesta dimensão de saúde face aos habitantes nas classes de idade: 45 a 54 anos ($d\bar{x} = 8,768; p < 0,0001$), 55 a 64 anos ($d\bar{x} = 12,140; p < 0,0001$), ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 26,327; p < 0,0001$). No que diz respeito aos habitantes que se encontravam na classe de idades entre os 45 a 54 anos revelaram menor impacto da dor comparativamente ao grupo entre os 55 e os 64 anos mas que não foi diferente de forma significativa ($d\bar{x} = 3,373; p = 0,092$); mas que foi bastante melhor comparativamente às pessoas com idades ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 17,559; p < 0,0001$). Por fim, as pessoas com idades compreendidas entre os 55 a 64 anos demonstraram melhores resultados neste indicador de saúde comparativamente ao grupo com idades ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 14,187; p < 0,0001$).

Em relação à “*saúde geral*”, segundo o que o teste de comparações múltiplas G-H, demonstrou de forma significativa foi que as pessoas com idades entre os 35-44 anos apresentaram uma visão mais positiva da sua saúde quer ao nível da sua resistência à doença quer ao nível do sentimento de se sentir “saudável” face aos habitantes nas classes de idade: 45 e os 54 anos ($d\bar{x} = 5,768; p < 0,0001$), 55 a 64 anos ($d\bar{x} = 10,657; p < 0,0001$), ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 22,885; p < 0,0001$). Padrão semelhante ocorreu nos habitante com idades compreendidas entre os 45 a 54 anos comparativamente aos grupos com: 55 a 64 anos ($d\bar{x} = 4,889; p = 0,009$); e com idades ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 17,118; p < 0,0001$). Também o grupo de pessoas dos 55 aos 64 anos revelou uma visão mais positiva da sua saúde comparativamente ao grupo de pessoas com ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 12,229; p < 0,0001$).

Quanto à **Componente Mental** que a escala de Qualidade de Vida apresenta, verificou-se que a “*vitalidade*”, isto é, a perceção de ter menos energia e mais fadiga para a concretização das suas tarefas na rotina diária foram ligeiramente mais vincadas, em média, nos grupos de indivíduos com mais idade comparativamente aos grupos de idades mais jovens. Com base nesta informação, o teste de comparações múltiplas G-H veio a demonstrar que as pessoas com idades entre os 35 e os 44 anos apresentaram uma melhor condição nesta dimensão face aos habitantes nas classes de idade: 45 a 54 anos ($d\bar{x} = 5,584; p < 0,0001$), 55 a 64 anos ($d\bar{x} = 10,754; p < 0,0001$), ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 19,915; p < 0,0001$). Padrão semelhante ocorreu nos habitantes com idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos comparativamente aos grupos com: 55 a 64 anos ($d\bar{x} =$

5,170; $p = 0,042$); e com idades ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 14,332$; $p < 0,0001$). Quanto ao grupo de pessoas dos 55 aos 64 anos revelaram melhor condição comparativamente ao grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 9,161$; $p = 0,001$).

Quando avaliamos a quantidade e a qualidade das atividades sociais identificadas na dimensão “*função social*”, constatamos com recurso ao teste de comparações múltiplas G-H que o grupo de idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos foi o que expressou, em média, uma maior função social comparativamente aos participantes das restantes classes de idades: 45 a 54 anos ($d\bar{x} = 4,188$; $p = 0,010$), 55 a 64 anos ($d\bar{x} = 7,967$; $p < 0,0001$), ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 15,514$; $p < 0,0001$). Os habitantes na faixa etária dos 45 a 54 anos também revelaram valores melhores deste indicador significativamente superior às pessoas com idades ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 11,326$; $p < 0,0001$) mas o mesmo não ocorrera em relação ao grupo de pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos ($d\bar{x} = 3,778$; $p = 0,171$). Por fim, no que diz respeito à classe de idades de 55 a 64 anos comparativamente às pessoas com idades ≥ 65 anos os primeiros demonstraram melhores resultados comparativamente a este último ($d\bar{x} = 7,548$; $p = 0,012$)

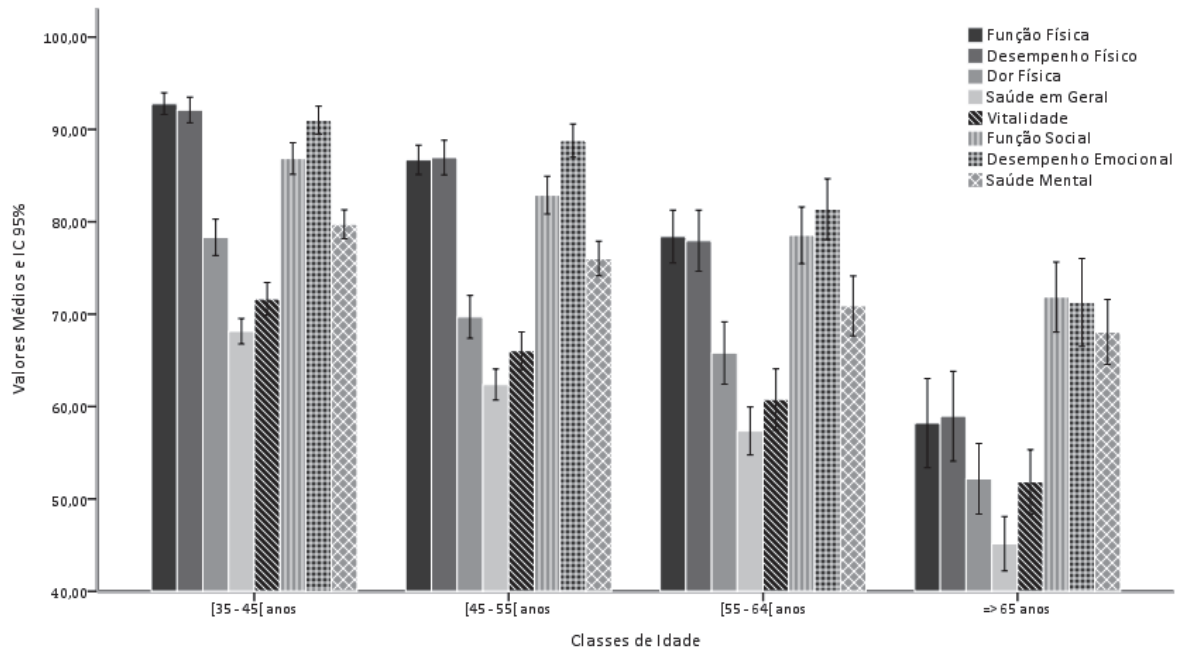
Também ao nível do “*desempenho emocional*” e segundo os resultados estimados pelo teste de comparações múltiplas G-H, constatamos que as pessoas na faixa etária dos 35 aos 44 anos revelou um padrão semelhante deste indicador relativamente às pessoas que tinham entre os 45 e os 54 anos ($d\bar{x} = 2,011$; $p = 0,336$), mas superior às pessoas com idades compreendidas entre os 55 a 64 anos ($d\bar{x} = 9,488$; $p < 0,0001$), e ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 19,579$; $p < 0,0001$). Também as pessoas na faixa etária dos 45 aos 54 anos apresentaram melhor desempenho comparativamente às pessoas nas classes de idades mais avançadas (55 – 64 anos $d\bar{x} = 9,488$; $p = 0,001$; ≥ 65 anos $d\bar{x} = 19,579$; $p < 0,0001$). Por fim, também as pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos revelaram melhores resultados de desempenho comparativamente às pessoas ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 10,091$; $p = 0,003$).

Por fim, no que diz respeito à dimensão “*saúde mental*” a classe de idades que, em média, apresentou um melhor controlo do bem-estar psicológico, emocional e comportamental, segundo o teste de comparações múltiplas G-H, foi a dos sujeitos com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos face às pessoas nas faixas etárias: 45 a 54 anos ($d\bar{x} = 3,356$; $p = 0,016$), entre os 55 e os 64 anos ($d\bar{x} = 9,079$; $p < 0,0001$), e ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 19,579$; $p < 0,0001$).

Também, tendencialmente e de forma significativa, as pessoas que tinham idades entre os 45 e os 54 anos revelaram melhores resultados de bem-estar psicológico comparativamente às pessoas com 55 a 64 anos ($d\bar{x} = 5,424$; $p = 0,023$); e com idades ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 7,848$; $p = 0,001$). Quanto ao grupo de pessoas dos 55 aos 64 anos constatamos um padrão semelhante de saúde mental comparativamente a pessoas com idades ≥ 65 anos ($d\bar{x} = 2,424$; $p = 0,747$).

O gráfico seguinte expressa os valores médios de cada dimensão da escala de Qualidade de Vida por classes de idades e que procura descrever as diferenças entre as referidas classes.

Gráfico 7: Valores médios de percepção geral de saúde em função das classes de idade



Nota: Os testes de comparações múltiplas utilizados entre cada classe de idades por dimensão de “Estado de Saúde” foram: Teste Games-Howell (GH); Teste Last Significant Differenc (LSD).

▪ Estado de Saúde entre os diferentes grupos de habilitações literárias

Propusemos também avaliar o estado de saúde da população em função das habilitações literárias identificadas pelos inquiridos.

Quadro 76: Percepção de Estado de Saúde (Medidas Físicas) por habilitações literárias

	FUNÇÃO FÍSICA		DESEMPENHO FÍSICO		DOR CORPORAL		SAÚDE EM GERAL	
	M±DP(n)	IC95%	M±DP(n)	IC95%	M±DP(n)	IC95%	M±DP(n)	IC95%
1.º CEB inc. (p<0,001)	54,11±31,16 (73)	46,84-61,38	56,93±30,86 (73)	49,74-64,14	50,23±24,56 (75)	44,58-55,88	42,15±17,16 (75)	38,17-46,12
1.º CEB (p<0,001)	76,91±23,31 (207)	73,71-80,10	80,08±24,37 (208)	76,75-83,41	66,26±23,96 (212)	63,02-69,50	55,33±16,94 (209)	53,02-57,64
2.º CEB (p<0,001)	83,22±18,57 (106)	79,55-86,88	84,41±19,11 (103)	80,67-88,14	65,82±21,71 (106)	61,64-70,0	58,89±15,94 (105)	55,80-61,97
3.º CEB (p<0,001)	87,82±16,78 (179)	85,34-90,29	86,31±19,76 (179)	83,40-89,23	72,90±22,42 (177)	69,57-76,22	62,43±15,65 (178)	60,12-64,75
Ensino Sec. (p<0,001)	89,18±16,10 (331)	87,44-90,93	87,58±20,42 (331)	85,37-89,78	72,27±24,31 (332)	69,64-74,89	65,29±17,60 (331)	63,38-67,19
Ensino Sup. (p<0,001)	90,46±13,69 (298)	88,90-92,02	88,29±18,07 (302)	86,25-90,34	76,11±22,53 (301)	73,55-78,66	67,87±16,34 (300)	66,01-69,72

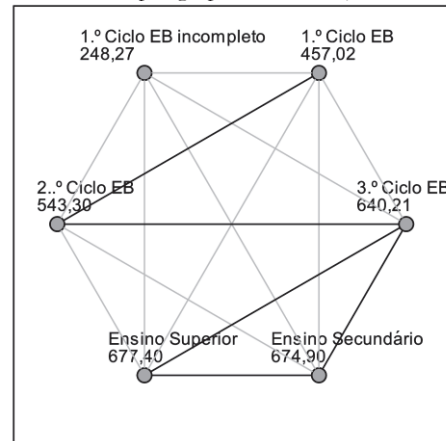
Legenda: 1.º CEB inc. (Ciclo do Ensino Básico incompleto); 1.º CEB (Ciclo do Ensino Básico); 2.º CEB (Ciclo do Ensino Básico); 3.º CEB (Ciclo do Ensino Básico); Ensino Sec. (Ensino Secundário); Ensino Sup (Ensino Superior). M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; IC95: Intervalo de Confiança de 95% para Média.
Testes: Kruskal-Wallis; Análise da Variância a I fator; Brown-Forsythe.

Observaram-se diferenças médias significativas entre os diferentes grupos de habilitações literárias em função das dimensões que compõem a escala de QVRS. De forma mais específica, as pessoas que revelaram ter mais habilitações literárias foram as que apresentaram melhores índices de estado de saúde, e que vão desde a capacidade para executar as atividades físicas das

mais leves às mais exigentes, como um melhor desempenho físico e de sofrerem menos com o impacto da dor corporal. A “saúde em geral” é sempre superior nos grupos de pessoas que possuíam mais habilitações.

Numa análise mais detalhada em função das dimensões correspondentes à componente Física, com recurso ao teste comparações múltiplas *Dunn*, verificamos que as pessoas com o 1.º CEB incompleto revelaram piores resultados de função física comparativamente a todos os grupos de habilitações literárias (1.º CEB $Z = -4,587; p < 0,0001$; 2.º CEB $Z = -5,745; p < 0,0001$; 3.º CEB $Z = -8,442; p < 0,0001$; *Ensino secundário* $Z = -9,869; p < 0,0001$; *Ensino Superior* $Z = -9,829; p < 0,0001$).

Gráfico 8: Comparações Múltiplas da Função Física por grupos de habilitações literárias



Legenda: Teste comparações múltiplas *Dunn*. → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; —→ “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$)”.

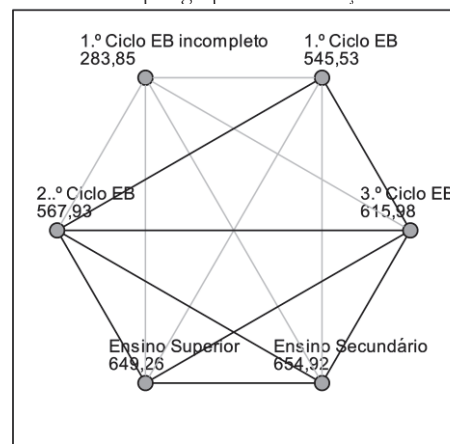
Também registaram piores resultados de função física em pessoas com 1.º CEB completo em relação às pessoas com formação mais elevada (3.º CEB $Z = -5,369; p < 0,0001$; *Ensino secundário* $Z = -7,286; p < 0,0001$; *Ensino Superior* $Z = -7,286; p < 0,0001$) à exceção do grupo com 2.º CEB ($Z = -2,126; p = 0,502$). Também verificamos que as pessoas com o 2.º CEB revelaram um padrão de função física semelhante às pessoas com o 3.º CEB ($Z = -2,329; p = 0,298$) mas inferior comparativamente a pessoas com formação mais elevada (*Ensino secundário* $Z = -3,463; p = 0,008$; *Ensino Superior* $Z = -3,484; p = 0,007$). No entanto, as pessoas com 3.º CEB apresentaram padrões de função física semelhantes aos grupos de pessoas com formação mais elevadas ($p > 0,05$).

230

Quanto ao *desempenho físico* e à semelhança do que ocorreu ao nível da função física, verificamos que as pessoas com o 1.º CEB incompleto, segundo o teste comparações múltiplas *Dunn*, revelaram piores resultados comparativamente a todos os grupos de habilitações literárias (1.º CEB $Z = -6,027; p < 0,0001$; 2.º CEB $Z = -5,817; p < 0,0001$; 3.º CEB $Z = -7,493; p < 0,0001$; *Ensino secundário* $Z = -8,991; p < 0,0001$; *Ensino Superior* $Z = -8,778; p < 0,0001$).

Porém, as pessoas que tinham o 1.º CEB completo revelaram um padrão semelhante

Gráfico 9: Comparações Múltiplas do Desempenho Físico por grupos de habilitações literárias



Legenda: Teste comparações múltiplas *Dunn*. → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; —→ “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$)”.

face às pessoas com o 2.º CEB ($Z = -0,582; p = 1,000$) e 3.º CEB ($Z = -2,165; p = 0,456$) mas significativamente inferior às pessoas com formação superior (*Ensino Secundário* $Z = -3,873; p = 0,002$; *Ensino Superior* $Z = -3,607; p < 0,005$). Quanto aos restantes grupos de habilitações literárias não se observaram diferenças significativas de desempenho físico entre si ($p > 0,05$).

Quanto à dimensão *dor corporal*, com recurso ao teste comparações múltiplas *LSD* constatamos que as pessoas com 1.º CEB incompleto foram as que apresentaram de forma significativa maior impacto da dor no seu dia-a-dia comparativamente aos restantes grupos de habilitações literárias (1.º CEB: $d\bar{x} = -16,033; p < 0,0001$; 2.º CEB: $d\bar{x} = -15,594; p < 0,0001$; 3.º CEB: $d\bar{x} = -22,672; p < 0,0001$; *Ensino secundário*: $d\bar{x} = -22,038; p < 0,0001$; *Ensino Superior*: $d\bar{x} = -25,880; p < 0,0001$).

No que diz respeito às pessoas com 1.º CEB completo verificamos que apresentaram ligeiramente a mesma perceção de impacto da dor comparativamente às pessoas com o 2.º CEB ($p = 0,874$) mas significativamente inferior face aos restantes grupos de habilitações literárias: (3.º CEB: $d\bar{x} = -6,639; p = 0,005$; *Ensino secundário*: $d\bar{x} = -6,005; p = 0,003$; *Ensino Superior*: $d\bar{x} = -9,847; p < 0,0001$). Também o grupo de pessoas com 2.º CEB apresentou maior impacto da dor corporal comparativamente aos restantes grupos de habilitações: (3.º CEB: $d\bar{x} = -7,078; p = 0,014$; *Ensino secundário*: $d\bar{x} = -6,444; p = 0,013$; *Ensino Superior*: $d\bar{x} = -10,847; p < 0,0001$). Porém, as pessoas que revelaram ter como formação habilitacional o 3.º CEB tendencialmente revelaram padrões semelhantes deste índice de saúde face às pessoas com formação de Ensino Secundário ($p = 0,771$) e Superior ($p = 0,147$). No entanto, as pessoas com Formação Superior apresentam melhores resultados do índice em estudo comparativamente às pessoas com formação de Ensino Secundário ($d\bar{x} = 3,841; p = 0,039$).

Quanto à última dimensão física, constatamos segundo o teste de comparações múltiplas *LSD*, que os nossos habitantes com 1.º CEB incompleto apresentavam significativamente pior perceção *geral de saúde* face aos grupos de habilitações mais elevados: (1.º CEB: $d\bar{x} = -13,181; p < 0,0001$; 2.º CEB: $d\bar{x} = -16,737; p < 0,0001$; 3.º CEB: $d\bar{x} = -20,284; p < 0,0001$; *Ensino secundário*: $d\bar{x} = -23,138; p < 0,0001$; *Ensino Superior*: $d\bar{x} = -25,718; p < 0,0001$). No entanto, as pessoas com o 1.º CEB revelaram valores médios de saúde geral semelhantes às pessoas com o 2.º CEB ($p = 0,076$) mas pior perceção comparativamente às pessoas com formação mais elevada (3.º CEB: $d\bar{x} = -7,102; p < 0,0001$; *Ensino secundário*: $d\bar{x} = -9,957; p < 0,0001$; *Ensino Superior*: $d\bar{x} = -12,537; p < 0,0001$). Quanto às pessoas com formação 2.º CEB revelaram pior perceção significativamente às pessoas com formação ao nível do Ensino Secundário ($d\bar{x} = -6,401; p = 0,001$) e Ensino Superior ($d\bar{x} = -8,981; p < 0,0001$). Quanto às pessoas com 3.º CEB revelaram um padrão semelhante de saúde geral comparativamente às pessoas com formação de Ensino Secundário ($d\bar{x} = -2,854; p = 0,067$), mas revelaram menor condição de saúde face às pessoas com Formação Superior ($d\bar{x} = -5,434; p = 0,001$).

Por último, as pessoas com Ensino Secundário revelaram uma perceção geral de saúde sensivelmente semelhante às pessoas com Ensino Superior ($d\bar{x} = -2,580; p = 0,053$).

Quanto às Medidas Mentais vejamos o quadro seguinte:

Quadro 77: Perceção de Estado de Saúde (Medidas Mentais) por habilitações literárias

	VITALIDADE		FUNÇÃO SOCIAL		DESEMPENHO EMOCIONAL		SAÚDE MENTAL	
	M±DP(n)	IC95%	M±DP(n)	IC95%	M±DP(n)	IC95%	M±DP(n)	IC95%
1.º CEB inc. (p<0,001)	45,74±24,11 (74)	40,16-51,33	68,50±24,86 (75)	62,78-74,22	66,78±27,41 (73)	60,39-73,18	63,16±23,38 (74)	57,74-68,58
1.º CEB (p<0,001)	63,33±23,74 (207)	60,080-66,59	81,31±21,10 (212)	78,45-84,17	85,10±23,52 (207)	81,88-88,33	73,85±20,48 (207)	71,044-76,65
2.º CEB (p<0,001)	63,05±18,73 (105)	59,42-66,67	81,72±19,38 (106)	77,99-85,45	87,22±19,62 (103)	83,38-91,05	74,91±17,76 (104)	71,46-78,37
3.º CEB (p<0,001)	66,72±20,24 (178)	63,73-69,72	84,20±20,03 (178)	81,24-87,16	87,48±19,98 (179)	84,53-90,42	76,25±19,25 (178)	73,40-79,09
Ensino Sec. (p<0,001)	69,12±20,87 (330)	66,86-71,38	84,04±21,25 (332)	81,74- 86,33	87,83±19,77 (330)	85,69-89,97	77,06±19,94 (330)	74,90-79,22
Ensino Sup. (p<0,001)	68,96±18,71 (300)	66,83-71,08	83,85±18,99 (301)	81,69-85,99	89,29±16,77 (302)	87,39-91,19	78,46±16,95 (300)	76,53-80,39

Legenda: 1.º CEB inc. (Ciclo do Ensino Básico incompleto); 1.º CEB (Ciclo do Ensino Básico); 2.º CEB (Ciclo do Ensino Básico); 3.º CEB (Ciclo do Ensino Básico); Ensino Sec. (Ensino Secundário); Ensino Sup (Ensino Superior). M: Média; DP: Desvio Padrão;(n): n.º de casos; IC95: Intervalo de Confiança de 95% para Média.
Testes: Kruskal-Wallis; Análise da Variância a I fator; Brown-Forsythe.

As pessoas com mais formação (habilitações) foram, em média, as que perceberam maior vitalidade e energia nas suas tarefas de rotina bem como ao nível da função social, menor impacto dos problemas emocionais nas atividades diárias (desempenho emocional) e saúde mental face aos grupos com menor habilitações literárias. Com recurso ao teste de comparações múltiplas *G-H*, verificamos que as pessoas com baixa formação, em especial o 1.º CEB incompleto, revelaram padrões de energia e vitalidade bastante inferiores a pessoas com maior formação habilitacional: (1.ºCEB: $d\bar{x} = -17,590; p < 0,0001$; 2.º CEB: $d\bar{x} = -17,304; p < 0,0001$; 3.ºCEB: $d\bar{x} = -20,980; p < 0,0001$; Ensino secundário: $d\bar{x} = -23,372; p < 0,0001$; Ensino Superior: $d\bar{x} = -23,212; p < 0,0001$).

Quanto às pessoas com 1.ºCEB completo apresentaram valores médios relativamente homogêneos de vitalidade com as pessoas com o 2.º CEB ($d\bar{x} = 0,286; p = 1,000$) e 3.º CEB ($d\bar{x} = -3,390; p = 0,657$) mas menor significativamente a pessoas com o Ensino Secundário ($d\bar{x} = -5,783; p = 0,048$) e Formação Superior ($d\bar{x} = -5,622; p = 0,052$).

As pessoas com formação de 2.º CEB revelaram uma tendência para igualdade dos valores de vitalidade comparativamente às restantes classes habilitacionais ($p > 0,05$). O mesmo padrão ocorrera entre as pessoas com 3.º CEB com as que têm Ensino Secundário e Superior ($p > 0,05$). Como também entre estas duas classes habilitacionais.

Quanto à dimensão *função social*, com recurso ao teste comparações múltiplas *Dunn*, mais uma vez as pessoas com 1.º CEB incompleto tenderam para apresentarem piores resultados deste indicador de saúde face às pessoas com mais habilitações: (1.ºCEB $Z = -4,296; p < 0,0001$; 2.º CEB $Z = -3,570; p = 0,005$; 3.º CEB $Z = -5,169; p < 0,0001$; Ensino secundário $Z = -5,794; p < 0,0001$; Ensino Superior $Z = -5,155; p < 0,0001$).

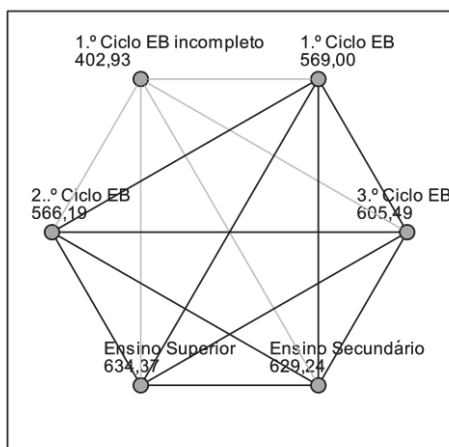
No entanto, os níveis de função social revelaram ser semelhantes entre os restantes grupos de habilitações literárias ($p > 0,05$).

Ao nível da dimensão desempenho emocional, à semelhança com o que ocorrera na dimensão *função social*, também as pessoas com muito baixas habilitações (1.º CEB incompleto) apresentaram menor desempenho emocional comparativamente às pessoas com o 1.º CEB ($Z = -6,381; p < 0,0001$), com o 2.º CEB ($Z = -5,697; p < 0,0001$), 3.º CEB ($Z = -6,579; p < 0,0001$), bem como com as pessoas com Ensino Secundário ($Z = -7,194; p < 0,0001$) e Ensino Superior ($Z = -7,228; p < 0,0001$).

Contudo, os níveis de desempenho emocional revelaram ser semelhantes entre os restantes grupos de habilitações literárias ($p > 0,05$).

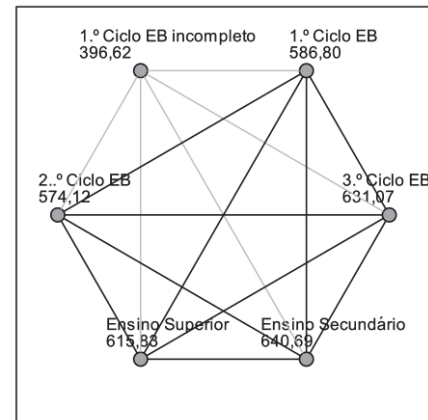
Por último, ao nível do bem-estar psicológico, constatamos com recurso ao teste de comparações múltiplas *Dunn*, que mais uma

Gráfico 12: Comparações Múltiplas da Saúde Mental por grupos de habilitações literárias



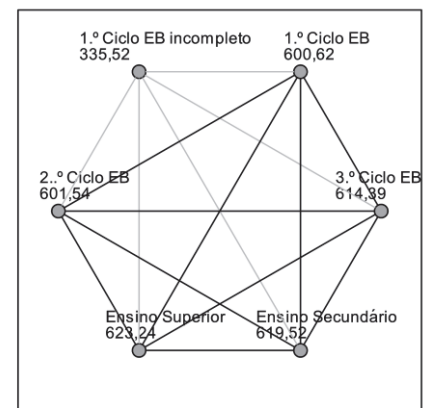
Legenda: Teste comparações múltiplas *Dunn*. → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; → “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$).

Gráfico 10: Comparações Múltiplas da Função Social por grupos de habilitações literárias



Legenda: Teste comparações múltiplas *Dunn*. → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; → “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$).

Gráfico 11: Comparações Múltiplas do Desempenho Emocional por grupos de habilitações literárias



Legenda: Teste comparações múltiplas *Dunn*. → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; → “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$).

vez as pessoas com baixa formação (1.º CEB incompleto) tendiam a apresentar maiores níveis de ansiedade ou depressão comparativamente às pessoas de formação mais elevada: (1.º CEB $Z = -3,571; p = 0,005$; 2.º CEB $Z = -3,127; p = 0,027$; 3.º CEB $Z = -4,265; p < 0,0001$; Ensino secundário $Z = -5,125; p < 0,0001$; Ensino Superior $Z = -5,194; p < 0,0001$).

Também, como se observara anteriormente nas dimensões de *Função Social* e *Desempenho Emocional* verificamos que os níveis de bem-estar psicológico revelaram ser semelhantes

entre os restantes grupos de habilitações literárias ($p > 0,05$).

▪ Estado de Saúde por condição civil

O estado civil enquanto condição social, que nos informa sobre o isolamento em que as pessoas podem estar, foi analisada com o estado de saúde. O objetivo foi determinar como esta condição pode estar associada à perceção de saúde. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 78: Perceção de Estado de Saúde por condição civil

	SOLTEIRO		CASADO/UNIÃO DE FACTO		DIVORCIADO/SEPARADO		VIÚVO(A)	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FF***	91,97±12,0 (127)	89,86-94,08	85,02±19,8 (896)	83,72-86,31	85,99±19,6 (116)	82,39-89,59	57,16±29,0 (58)	49,53-64,78
DC***	91,29±16,1 (127)	88,46-94,12	84,75±22,1 (901)	83,31-86,19	83,07±20,8 (117)	79,27-86,87	61,02±27,9 (59)	53,74-68,29
DC***	78,20±21,4 (127)	74,43-81,96	70,00±24,2 (906)	68,42-71,59	73,19±22,4 (117)	69,08-77,30	52,12±21,1 (61)	46,70-57,53
SG***	66,69±16,3 (125)	63,80-69,58	61,79±17,8 (904)	60,63-62,96	63,78±16,9 (117)	60,68-66,87	46,95±18,3 (59)	42,19-51,71

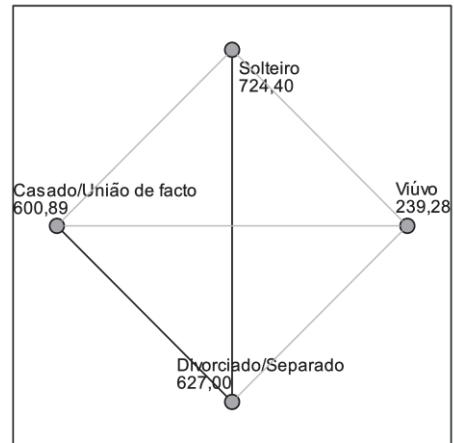
Legenda: FF (Função Física); DF (Desempenho Físico); DC (Dor Corporal); SG (Saúde Geral); M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média. ***($p < 0,0001$); **($p < 0,01$)
Testes: Kruskal-Wallis; Análise da Variância a I fator; Brown-Forsythe.

De um modo geral podemos constatar que ao nível da Componente Física as pessoas que indicaram ter uma condição civil de “Solteiro” foram, em média, as que revelaram uma melhor capacidade de executar as suas atividades diárias, quer com melhor desempenho na atividade diária quer na quantidade de trabalho e que a dor corporal revelara ter pouco impacto. A perceção de Saúde em Geral é bastante positiva nos solteiros comparativamente aos restantes grupos.

234

De forma mais específica para cada dimensão da componente física da escala de QVRS podemos afirmar, com recurso ao teste comparações múltiplas *Dunn*, que as pessoas na condição de viuvez apresentaram pior condição ao nível da função física comparativamente aos restantes grupos civis (Solteiro $Z = 9,163$; $p < 0,0001$; Divorciado/Separado $Z = 7,163$; $p < 0,0001$; Casado/União de facto = $7,929$; $p < 0,0001$). No entanto, também podemos afirmar que as pessoas na condição civil de Casadas/União de Facto apresentaram menores resultados nesta

Gráfico 13: Comparações Múltiplas da Função Física por estado Civil



Legenda: Teste comparações múltiplas *Dunn*. → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; —→ “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$).

dimensão comparativamente às pessoas na condição de solteiras ($Z = 3,870; p = 0,001$).

Quanto à dimensão *desempenho físico*, segundo o teste comparações múltiplas *Dunn*, mais uma vez e de forma concordante com a dimensão anteriormente apresentada, as pessoas com a condição de viuvez relevaram menores resultados de desempenho comparativamente aos restantes grupos em estudo (*Solteiro* $Z = 8,076; p < 0,0001$; *Divorciado/Separado* $Z = 5,037; p < 0,0001$; *Casado/União de facto* $= 7,301; p < 0,0001$).

Gráfico 14: Comparações Múltiplas do Desempenho Físico por estado Civil



Legenda: Teste comparações múltiplas *Dunn*. → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; —→ “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$)”.

As pessoas que indicaram a condição civil de solteiras apresentaram melhor desempenho físico comparativamente às pessoas casadas/união de facto ($Z = 3,073; p = 0,013$) e divorciadas/separadas ($Z = 3,653; p = 0,002$). Quanto ao impacto da dor corporal nas tarefas diárias constatamos que as pessoas viúvas demonstraram sofrer mais deste indicador comparativamente aos restantes grupos em análise: (*Solteiro* $d\bar{x} = -26,082; p < 0,0001$; *Casado ou em União de facto* $d\bar{x} = -17,890; p < 0,0001$; *Divorciado ou separado* $d\bar{x} = -21,073; p < 0,0001$). No entanto, as pessoas que se encontravam na condição de divorciados/separados apresentaram resultados semelhantes a este indicador em estudo comparativamente às pessoas quer casadas/união de facto ($d\bar{x} = 3,184; p = 0,482$) quer solteiras ($d\bar{x} = -5,001; p = 0,286$). As pessoas casadas/união de facto demonstraram piores resultados de impacto da dor comparativamente às pessoas solteiras ($d\bar{x} = -8,192; p = 0,001$).

Quanto à dimensão *saúde em geral*, com recurso ao teste de comparações múltiplas *Bonferroni*, os resultados seguiram o mesmo padrão que os restantes indicadores da componente física em relação às pessoas viúvas (*Solteiro* $d\bar{x} = -19,739; p < 0,0001$; *Casado ou em União de facto* $d\bar{x} = -14,843; p < 0,0001$; *Divorciado ou separado* $d\bar{x} = -16,829; p < 0,0001$). Quanto às pessoas na condição de divorciado/separado revelaram uma visão holística da sua saúde de forma semelhante entre o grupo de pessoas casadas/união de facto ($p > 0,05$) e as pessoas na condição de solteiras ($p > 0,05$). No entanto as pessoas solteiras diferenciaram positivamente e de forma significativa comparativamente às pessoas casadas/união de facto ($d\bar{x} = 4,896; p = 0,022$).

Quanto à componente mental vejamos o quadro seguinte:

Quadro 79: Perceção de Estado de Saúde por condição civil

	SOLTEIRO		CASADO/UNIÃO DE FACTO		DIVORCIADO/SEPARADO		VIÚVO(A)	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
V***	69,25±19,7 (126)	65,78- 72,71	65,98±21,6 (899)	64,57-67,40	66,33±21,1 (117)	62,46-70,19	52,11±21,2 (60)	46,64-57,58
FS***	82,58±19,4 (127)	79,17-85,99	83,67±20,5 (907)	82,34-85,00	80,24±20,3 (117)	76,52-83,96	64,96±24,2 (61)	58,75-71,17
DE***	89,44±18,6 (127)	86,18-92,70	87,12±20,4 (899)	85,78-88,45	82,41±22,5 (117)	78,29-86,53	74,29±26,5 (59)	67,39-81,20
SM**	78,77±17,8 (126)	75,64- 81,90	76,02±19,6 (898)	74,73-77,30	72,92±19,8 (117)	69,31-76,54	68,93±21,2 (60)	63,46-74,41

Legenda: V (Vitalidade); FS (Função Social); DE (Desempenho Emocional); SM (Saúde Mental). M: Média; DP: Desvio Padrão;(n): n.º de casos; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média. ***($p < 0,0001$); **($p < 0,01$)
Testes: Kruskal-Wallis; Análise da Variância a I fator; Brown-Forsythe.

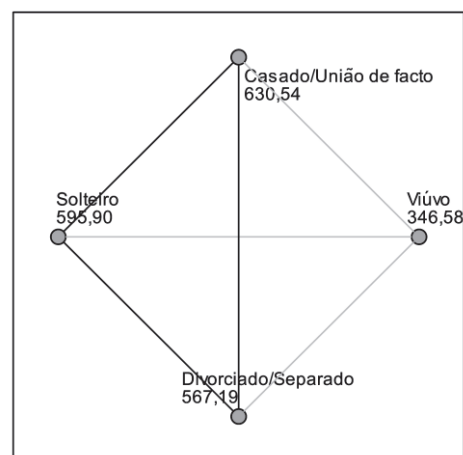
Ao nível da Componente Mental as pessoas casadas ou em união de facto revelaram ter um melhor desempenho quer na quantidade quer na qualidade das atividades sociais comparativamente aos restantes grupos. No entanto, as pessoas solteiras foram as que apresentaram melhor vitalidade, desempenho emocional e saúde mental.

De forma mais específica, as pessoas na condição de viúvas, segundo o teste comparações múltiplas *Bonferroni*, também apresentaram menos energia e vigor comparativamente aos restantes grupos sociais (*Solteiro* $\bar{d}x = -17,135$; $p < 0,0001$; *Casado ou em União de facto* $\bar{d}x = -13,873$; $p < 0,0001$; *Divorciado ou separado* $\bar{d}x = -14,214$; $p < 0,0001$). As pessoas casadas ou em união de facto apresentaram um padrão semelhante quer comparativamente às pessoas na condição de divorciadas/separadas ($p > 0,05$) quer às pessoas solteiras ($p > 0,05$). O mesmo ocorrera entre estes dois últimos grupos em análise.

Ao nível da dimensão *função social*, segundo o teste comparações múltiplas *Dunn*, as pessoas viúvas revelaram resultados significativamente inferiores aos restantes grupos em estudo (*Solteiro* $Z = 4,823$; $p < 0,0001$; *Divorciado/ Separado* $Z = 4,210$; $p < 0,0001$; *Casado/ União de facto* = 6,469; $p < 0,0001$). Os restantes grupos apresentaram um padrão semelhante ($p > 0,05$).

No que diz respeito à dimensão desempenho emocional, com recurso ao teste de comparações múltiplas *Dunn*, verificamos que

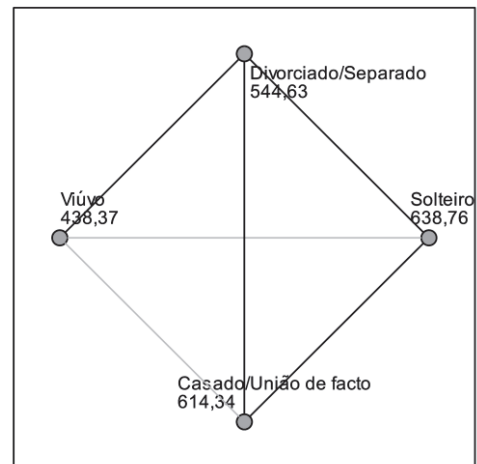
Gráfico 15: Comparações Múltiplas da Função Social por estado Civil



Legenda: Teste comparações múltiplas *Dunn*. \rightarrow “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; \rightarrow “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$)”.

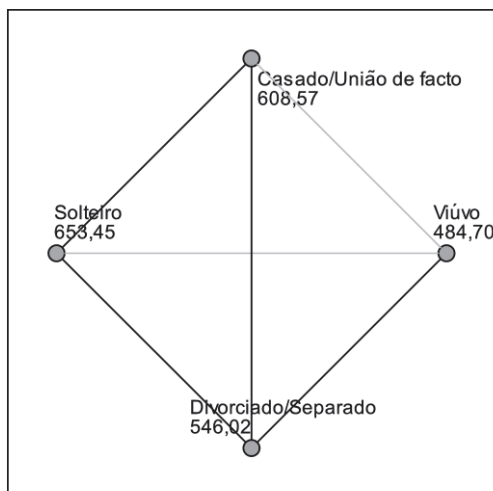
As pessoas viúvas revelaram maior impacto ao nível do desempenho emocional comparativamente às pessoas casadas/união de facto ($Z = 4,260; p < 0,0001$) quer ao nível das pessoas solteiras ($Z = 4,138; p < 0,0001$). No entanto o primeiro grupo revelou um padrão semelhante às pessoas divorciadas/separadas ($p > 0,05$). Também não se registaram diferenças de desempenho emocional entre as pessoas casadas/união de facto comparativamente às pessoas na condição de solteiras

Gráfico 16: Comparações Múltiplas do Desempenho Emocional por estado Civil



Legenda: *Teste comparações múltiplas Dunn.* → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; → “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$)”.

Gráfico 17: Comparações Múltiplas de Saúde Mental por estado Civil



Legenda: *Teste comparações múltiplas Dunn.* → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; → “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$)”.

às pessoas divorciadas ou separadas bem como entre estes dois últimos grupos ($p > 0,05$).

Quanto ao bem-estar psicológico, segundo os resultados estimados pelo teste comparações múltiplas *Dunn*, As pessoas viúvas só se diferenciaram nesta condição de saúde comparativamente às pessoas casadas/união de facto ($Z = 2,688; p = 0,043$) quer ao nível das pessoas solteiras ($Z = 3,113; p = 0,011$).

Entre os restantes grupos em estudo não se registaram diferenças de bem-estar psicológico ($p > 0,05$).

Propusemos também avaliar se a percepção do estado de saúde variava em função das pessoas viverem ou não conjugalmente. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 80: Percepção de Estado de Saúde em função do tipo conjugalidade

ESTADO DE SAÚDE	VIVER CONJUGALMENTE				
	Sim		Não		p-value
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	
FUNÇÃO FÍSICA	85,36±19,56 (954)	84,12-86,61	81,11±24,25 (243)	78,05-84,12	0,127
DESEMPENHO FÍSICO	84,96±21,76 (959)	83,58-86,34	80,79±24,58 (245)	77,70-83,88	0,012
DOR CORPORAL	70,36±24,06 (964)	68,84-71,88	69,91±24,39 (247)	66,85-72,97	0,793
SAÚDE EM GERAL	62,19±17,75 (961)	61,07-63,32	60,09±18,79 (244)	57,72-62,46	0,103
VITALIDADE	66,39±21,45 (957)	65,02-67,75	62,86±21,77 (245)	60,13-65,60	0,018
FUNÇÃO SOCIAL	83,68±20,33 (965)	82,40-84,96	76,82±22,38 (247)	74,02-79,63	<0,001
DESEMPENHO EMOCIONAL	87,15±20,41 (957)	85,85-88,44	82,86±22,92 (245)	79,97-85,74	0,003
SAÚDE MENTAL	76,27±19,60 (956)	75,03-77,52	73,23±19,50 (245)	70,77-75,68	0,014

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança para Média
Testes: Mann-Whitney; t-Student amostras independentes.

As pessoas que viviam conjugalmente (casados/união de facto) revelaram, significativamente, melhor desempenho físico, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental face às pessoas que não se encontravam nesta condição social.

Apesar de nas restantes dimensões físicas de estado de saúde não serem, em média, diferentes estatisticamente, entre as pessoas que vivem em conjunto e as pessoas que vivem sozinhas, verificamos que foram as primeiras que revelaram também melhor função física, menor impacto da dor corporal e terem melhor saúde em geral.

238

No que diz respeito à presença ou ausência de descendentes vejamos o quadro seguinte:

Quadro 81: Percepção de Estado de Saúde em função da presença de progenitores

ESTADO DE SAÚDE	FILHOS				
	Sim		Não		p-value
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	
FUNÇÃO FÍSICA	83,66±20,88 (1048)	82,41-84,94	90,41±17,92 (146)	87,48-93,34	<0,001
DESEMPENHO FÍSICO	83,61±22,47 (1054)	82,25-84,97	88,27±21,30 (146)	84,79-91,75	0,002
DOR CORPORAL	69,34±24,22 (1062)	67,88-70,80	77,24±22,49 (145)	73,55-80,93	<0,001
SAÚDE EM GERAL	61,24±17,87 (1057)	60,16-62,32	65,76±18,38 (144)	62,74-68,79	0,0046
VITALIDADE	65,19±21,66 (1053)	63,88-66,50	69,35±20,68 (145)	65,95-72,74	0,032
FUNÇÃO SOCIAL	82,34±20,97 (1063)	81,08-83,60	82,16±20,87 (145)	78,73-85,58	0,669
DESEMPENHO EMOCIONAL	85,99±21,14 (1052)	84,71-87,27	88,70±19,74 (146)	85,47-91,93	0,170
SAÚDE MENTAL	75,27±19,89 (1052)	74,06-76,47	78,99±16,89 (145)	76,22-81,76	0,065

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança para Média
Testes: Mann-Whitney; t-Student amostras independentes.

Segundo os resultados expressos no quadro 81 constatamos que as pessoas na presença de filhos quer no passado quer no atual momento apresentaram menores índices, de forma significativa, de função e desempenho físico quer a percepção de maior impacto da dor corporal nas suas atividades diárias comparativamente às pessoas que não tinham ou não tiveram até hoje filhos.

Também ao nível da percepção da “saúde em geral” as pessoas com filhos demonstraram piores resultados comparativamente às pessoas sem filhos.

Quanto às dimensões que formam a componente mental da escala de QVRS verificou-se que os índices da função social, desempenho emocional e bem-estar psicológico revelaram ser menores mas não diferentes de forma significativa entre as pessoas com e sem filhos à exceção do indicador de vitalidade.

▪ *Estado de Saúde por condição religiosa*

A condição religiosa foi outro indicador avaliado para compreender a sua relação com a perceção de estado de saúde dos habitantes do Concelho de Coimbra. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 82: Perceção de Estado de Saúde em função da religião

ESTADO DE SAÚDE	RELIGIÃO				p-value
	Sim		Não		
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	
FUNÇÃO FÍSICA	83,93±21,19 (1078)	82,67-85,20	89,62±14,14(117)	87,03-92,21	0,016
DESEMPENHO FÍSICO	83,85±22,82 (1085)	82,49-85,21	86,59±18,30(117)	83,24-89,94	0,909
DOR CORPORAL	70,05±24,47 (1092)	68,59-71,50	72,18±20,67(117)	68,40-75,96	0,299
SAÚDE EM GERAL	61,49±18,30 (1086)	60,40-62,58	63,92±14,33(117)	61,30-66,55	0,093
VITALIDADE	65,79±21,72 (1083)	64,50-67,09	64,53±19,87(117)	60,89-68,17	0,548
FUNÇÃO SOCIAL	82,48±21,12 (1093)	81,23-83,73	80,24±19,16(117)	76,73-83,74	0,058
DESEMPENHO EMOCIONAL	86,13±21,38 (1083)	84,85-87,40	87,82±17,08(117)	84,69-90,95	0,549
SAÚDE MENTAL	75,32±19,99 (1082)	74,13-76,52	78,57±15,41(117)	75,75-81,39	0,037

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança para Média
Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney; t-Student amostras independentes.

Segundo os resultados anteriores, constatamos que as pessoas integradas numa religião demonstraram significativamente menor função física bem como menor bem-estar psicológico.

Apesar de não se registarem diferenças significativas entre estar ou não integrado numa religião quanto às restantes dimensões da escala de QVRS, podemos considerar que nas restantes medidas físicas, as pessoas integradas numa religião tendencialmente revelaram menor desempenho físico, com maiores limitações nas suas atividades associada à dor corporal e apresentam uma menor perceção de saúde em geral.

Quanto às medidas da componente mental, as pessoas que se integravam numa religião tendencialmente apresentaram maior vigor e energia bem como melhor função social comparativamente às pessoas sem religião. O mesmo não acontecera ao nível do desempenho emocional.

Propusemos avaliar se as pessoas que indicaram ter uma religião se diferenciavam quanto à sua percepção geral de estado de saúde perante serem da religião católica ou de outra que não esta. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 83: Percepção de Estado de Saúde em função do tipo de religiosa

ESTADO DE SAÚDE	RELIGIÃO				p-value
	Católica		Outra		
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	
FUNÇÃO FÍSICA	83,93±21,15 (1040)	82,65-85,22	83,95±22,61 (38)	76,52-91,38	0,992
DESEMPENHO FÍSICO	83,82±22,97 (1046)	82,43-85,22	84,62±18,91 (39)	78,49-90,74	0,642
DOR CORPORAL	69,99±24,52 (1053)	68,504-71,47	71,64±23,23 (39)	64,11-79,17	0,768
SAÚDE EM GERAL	61,38±18,29 (1047)	60,28-62,49	64,44±18,63 (39)	58,40-70,47	0,301
VITALIDADE	65,85±21,80 (1044)	64,53-67,18	64,15±19,70 (39)	57,76-70,53	0,409
FUNÇÃO SOCIAL	82,39±21,19 (1054)	81,11-83,67	84,94±19,49 (39)	78,62-91,25	0,573
DESEMPENHO EMOCIONAL	86,30±21,24 (1044)	85,01-87,58	81,62±24,94 (39)	73,54-89,71	0,206
SAÚDE MENTAL	75,48±19,83 (1043)	74,28-76,68	71,13±23,97 (39)	63,36-78,90	0,306

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança para Média
 Teste: Wilcoxon-Mann-Whitney.

Constatamos a ausência de diferenças significativas de percepção de estado geral de saúde quer ao nível da componente física quer ao nível da componente mental entre as pessoas que indicaram ser católicas ou de outra religião ($p > 0,05$).

Procuramos também verificar se as pessoas que tinham uma religião e se eram ou não praticantes poderiam diferir entre si no que diz respeito à QVRS. Vejamos o quadro seguinte:

240

Quadro 84: Percepção de Estado de Saúde em função do tipo de praticante

ESTADO DE SAÚDE	PRATICANTE (RELIGIÃO)				p-value
	Sim		Não		
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	
FUNÇÃO FÍSICA	78,73±23,34 (378)	76,37-81,09	86,92±19,16 (670)	85,46-88,37	<0,001
DESEMPENHO FÍSICO	79,13±24,35 (383)	76,68-81,58	86,58±21,28 (671)	84,97-88,19	<0,001
DOR FÍSICA	64,47±24,93 (383)	61,97-66,98	73,39±23,55 (676)	71,61-75,16	<0,001
SAÚDE EM GERAL	57,04±19,74 (383)	55,06-59,03	63,97±16,81 (671)	62,70-65,25	<0,001
VITALIDADE	60,32±20,97 (382)	58,21-62,43	69,00±21,41 (670)	67,38-70,63	<0,001
FUNÇÃO SOCIAL	79,73±21,16 (383)	77,61-81,86	84,05±20,91 (677)	82,47-85,63	<0,001
DESEMPENHO EMOCIONAL	83,51±22,27 (382)	81,27-85,75	87,74±20,56 (670)	86,18-89,30	<0,001
SAÚDE MENTAL	72,30±20,359 (382)	70,25-74,35	77,35±19,23 (669)	75,89-78,81	<0,001

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média
 Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney; t-Student amostras independentes.

Segundo os resultados apresentados no quadro 84 as pessoas que indicaram ser “praticantes” da sua religião foram, de forma significativa, as que apresentaram piores resultados de saúde quer na componente física quer na componente mental.

▪ Estado de Saúde em relação à Área de Residência

No quadro seguinte apresentamos os resultados de percepção de estado de saúde dos inquiridos em função da localização geográfica da sua freguesia.

Quadro 85: Percepção de Estado de Saúde (componente física) em função da área de residência

ESTADO DE SAÚDE	ÁREA DE RESIDÊNCIA					
	APU		AMU		APR	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA ($p < 0,0001$)	87,038±17,58 (779)	85,80-88,27	79,80±25,61 (286)	76,82-82,78	79,70±22,85 (132)	75,77-83,64
DESEMPENHO FÍSICO ($p = 0,0001$)	86,450±20,16 (784)	85,04-87,86	80,18±25,59 (287)	77,21-83,16	78,81±25,60 (133)	74,42-83,20
DOR CORPORAL ($p < 0,001$)	73,450±23,12 (787)	71,83-75,07	66,20±24,69 (291)	63,35-69,05	60,35±24,82 (133)	56,10-64,61
SAÚDE EM GERAL ($p < 0,001$)	63,591±16,94 (785)	62,40-64,78	59,97±18,86 (287)	57,78-62,16	54,87±19,94 (133)	51,45-58,29

Legenda: APU (Área Predominantemente Urbana); AMU (Área Mediamente Urbana); APR (Área Predominantemente Rural); M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Testes: Kruskal-Wallis; Análise da Variância a I fator; Brown-Forsythe.

Podemos constatar, ao nível da componente física, que os inquiridos que residiam em freguesias do concelho de Coimbra classificadas como Áreas Predominantemente Urbanas (APU) apresentaram índices mais elevados de estado de saúde comparativamente às restantes tipologias.

No entanto, ao avaliarmos o estado de saúde em função de cada dimensão, constatamos que ao nível da *função física*, seguindo o teste de comparações múltiplas *Dunn*, que as pessoas que residiam em APU apresentaram significativamente melhores resultados deste indicador de saúde comparativamente às pessoas que residiam em freguesias classificadas como Áreas Mediamente Urbanas (AMU) ($Z = 3,375; p = 0,002$) quer em Áreas Predominantemente Rurais (APR) ($Z = 4,010; p < 0,0001$). Porém, não se registaram diferenças médias significativas entre as pessoas que viviam entre estas duas últimas áreas quanto à função física ($p > 0,05$).

Quanto à dimensão desempenho físico constatamos que mais uma vez, segundo os resultados estimados pelo teste *comparações múltiplas G-H*, que as pessoas que residiam em APU apresentaram melhores índices deste indicador comparativamente às restantes tipologias (AMU: $d\bar{x} = 6,267; p = 0,001$; APR: $d\bar{x} = 7,644; p = 0,004$). Porém, não se registaram diferenças médias significativas entre as pessoas que viviam entre estas duas últimas áreas quanto ao desempenho físico ($p = 0,865$).

No que diz respeito ao impacto da dor corporal, segundo o teste de *comparações múltiplas LSD*, também podemos afirmar que as pessoas que viviam em freguesias classificadas como APR demonstraram maior impacto da dor na sua rotina diária comparativamente às restantes tipologias: (AMU: $d\bar{x} = -5,849; p = 0,019$; APU: $d\bar{x} = -13,096; p < 0,0001$). Também constatamos que as pessoas que residiam em freguesias classificadas como APU revelaram menor impacto da dor comparativamente às pessoas que residiam em AMU ($d\bar{x} = 7,247; p < 0,0001$). Quanto à última dimensão da componente física, segundo o teste de comparações múltiplas G-H, as pessoas que residiam em APU apresentaram uma visão mais positiva de saúde em geral comparativamente

às pessoas que residiam nas restantes tipologias: (AMU: $d\bar{x} = 3,619$; $p = 0,012$; APR: $d\bar{x} = 8,726$; $p < 0,0001$).

Quanto à *componente mental* no que diz respeito à sua variação por áreas de residência, vejamos o quadro seguinte:

Quadro 86: Perceção de Estado de Saúde (componente mental) em função da área de residência

ESTADO DE SAÚDE	ÁREA DE RESIDÊNCIA					
	APU		AMU		APR	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
VITALIDADE ($p < 0,001$)	67,876±21,43 (783)	66,37-69,38	64,48±19,88 (286)	62,16-66,79	55,23±22,57 (133)	51,35-59,10
FUNÇÃO SOCIAL ($p = 0,018$)	83,265±20,37 (788)	81,84-84,69	81,31±22,25 (291)	78,75-83,88	78,57±20,90 (133)	74,99-82,16
DESEMPENHO EMOCIONAL ($p = 0,0042$)	87,862±19,52 (782)	86,49-89,23	83,39±23,26 (287)	80,69-86,09	83,15±23,33 (133)	79,14-87,15
SAÚDE MENTAL ($p < 0,0001$)	77,206±19,31 (782)	75,85-78,56	73,86±19,76 (286)	71,56-76,16	70,35±19,95 (133)	66,92-73,77

Legenda: APU (Área Predominantemente Urbana); AMU (Área Mediamente Urbana); APR (Área Predominantemente Rural); M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Testes: Kruskal-Wallis; Análise da Variância a I fator; Brown-Forsythe.

Quanto à *Componente Mental*, a dimensão Vitalidade, segundo os resultados do teste de *comparações múltiplas LSD*, demonstrou que as pessoas que residiam em APR expressaram significativamente menor vigor e energia comparativamente aos restantes habitantes das tipologias em estudo: (AMU: $d\bar{x} = -9,250$; $p < 0,0001$; APU: $d\bar{x} = -12,650$; $p < 0,0001$). Também constatamos que as pessoas que residiam em freguesias classificadas como AMU demonstraram piores resultados deste indicador de saúde comparativamente às pessoas que residiam em APU ($d\bar{x} = -3,400$; $p = 0,02$).

Também com recurso ao teste de *comparações múltiplas LSD*, verificamos que as pessoas que residiam em APU demonstraram índices de *função social* relativamente semelhantes às pessoas que residiam em AMU ($p = 0,174$) mas significativamente superiores às pessoas que residiam em APR ($d\bar{x} = 4,693$; $p = 0,017$). Também as pessoas que residiam em AMU revelaram semelhanças neste indicador comparativamente às pessoas que residiam em APR ($p = 0,210$).

Ao nível da dimensão *desempenho emocional*, segundo o teste de *comparações múltiplas Dunn*, verificamos que as pessoas que viviam em meio eminentemente urbano eram as que melhores pontuações apresentavam face às pessoas que viviam em freguesias mediamente urbanas ($Z = 2,578$; $p = 0,030$) ou eminentemente rurais ($Z = 2,537$; $p = 0,034$). Entre estas duas últimas não se registaram diferenças significativas.

Por fim, quanto ao bem-estar psicológico (*saúde mental*), segundo o teste *comparações múltiplas LSD*, verificamos que as pessoas que viviam em meio eminentemente urbano eram as que melhores pontuações apresentavam face às pessoas que viviam em freguesias mediamente urbanas ($d\bar{x} = 3,342$; $p = 0,013$) ou eminentemente rurais ($d\bar{x} = 6,860$; $p < 0,0001$). Entre estas duas últimas não se registaram diferenças significativas ($p = 0,086$).

▪ Estado de Saúde em função das características da habitação

Também procuramos compreender como o perfil de saúde poderia estar associado às características habitacionais que a população possuía. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 87: Percepção de Estado de Saúde em função das características da residência (habitação)

ESTADO DE SAÚDE	PRÓPRIA		ARRENDAMENTO		p-value	
	M±DP (n)	IC95	M±DP (n)	IC95		
SITUAÇÃO HABITACIONAL	FUNÇÃO FÍSICA	82,61±21,91 (892)	81,17-84,05	90,14±15,16 (289)	88,38-91,89	<0,001
	DESEMPENHO FÍSICO	82,12±23,74 (898)	80,57-83,68	90,37±16,47 (290)	88,47-92,28	<0,001
	DOR FÍSICA	67,63±24,99 (904)	66,00-69,26	78,58±18,42 (291)	76,46-80,71	<0,001
	SAÚDE EM GERAL	60,64±19,08 (899)	59,39-61,89	65,03±13,06 (290)	63,53-66,54	<0,001
	VITALIDADE	63,49±21,73 (896)	62,07-64,92	72,72±19,66 (290)	70,451-74,99	<0,001
	FUNÇÃO SOCIAL	81,30±21,50 (905)	79,90-82,70	85,57±18,63 (291)	83,42-87,72	<0,01
	DESEMPENHO EMOCIONAL	84,79±21,92 (896)	83,36-86,23	91,29±16,57 (290)	89,38-93,21	<0,001
	SAÚDE MENTAL	73,82±20,02 (895)	72,51-75,13	81,77±16,57 (290)	79,85-83,68	<0,001
		CASA		APARTAMENTO		
TIPO DE HABITAÇÃO	FUNÇÃO FÍSICA	82,05±21,86 (690)	80,41-83,68	88,84±16,81 (475)	87,33-90,36	<0,001
	DESEMPENHO FÍSICO	81,79±23,77 (695)	80,02-83,56	88,24±19,06 (476)	86,52-89,96	<0,001
	DOR FÍSICA	67,65±24,50 (698)	65,83-69,47	74,80±22,49 (478)	72,78-76,82	<0,001
	SAÚDE EM GERAL	60,19±18,81 (695)	58,79-61,59	64,39±16,09 (476)	62,94-65,84	<0,001
	VITALIDADE	63,99±21,52 (691)	62,39-65,61	68,84±20,89 (478)	66,96-70,71	<0,001
	FUNÇÃO SOCIAL	80,98±21,56 (698)	79,38-82,58	84,79±19,06 (479)	83,08-86,50	<0,01
	DESEMPENHO EMOCIONAL	84,98±21,97 (693)	83,34-86,62	88,81±18,72 (476)	87,13-90,50	<0,01
	SAÚDE MENTAL	74,23±20,05 (690)	72,73-75,73	78,44±18,00 (478)	76,83-80,06	<0,001

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Testes: Mann-Whitney; t-Student amostras independentes.

Os participantes que indicaram viver em casas arrendadas revelaram ter melhor estado de saúde (índices mais elevados nas diferentes dimensões da QVRS) em geral face às pessoas que possuíam habitação própria.

Porém, quando solicitamos a identificação do tipo de habitação verificamos que as pessoas que viviam em “apartamento” eram as que revelaram melhor estado de saúde de forma significativa face às pessoas que viviam em “casas/moradias”.

▪ Estado de Saúde por condição socioprofissional

Procuramos avaliar se a percepção de estado de saúde variava em função da condição socio-profissional de cada habitante. A situação profissional fora recodificada em condição ativa (trabalhar) ou numa condição inativa (desempregados, reformados, estudantes). Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 88: Percepção de Estado de Saúde em função da situação profissional

ESTADO DE SAÚDE	SITUAÇÃO PROFISSIONAL				p-value
	Inativo		Ativo		
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	
FUNÇÃO FÍSICA	68,52±27,94 (279)	65,22-71,81	89,36±14,78 (918)	88,40-90,32	<0,001
DESEMPENHO FÍSICO	67,04±28,60 (281)	63,68-70,40	89,31±17,07 (923)	88,21-90,41	<0,001
DOR CORPORAL	59,07±25,12 (283)	56,14-62,01	73,68±22,75 (928)	72,22-75,15	<0,001
SAÚDE EM GERAL	51,01±19,78 (281)	48,68-53,33	65,04±16,02 (924)	64,00-66,07	<0,001
VITALIDADE	55,43±22,88 (282)	52,75-58,11	68,80±20,13 (920)	67,50-70,11	<0,001
FUNÇÃO SOCIAL	73,45±22,98 (283)	70,77-76,14	84,97±19,51 (929)	83,71-86,23	<0,001
DESEMPENHO EMOCIONAL	74,41±26,81 (281)	71,26-77,56	89,89±17,35 (921)	88,77-91,02	<0,001
SAÚDE MENTAL	67,51±21,66 (281)	64,96-70,05	78,14±18,25 (920)	76,96-79,32	<0,001

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney; t-Student para amostras independentes.

Segundo o quadro anterior, viemos a constatar a presença de diferenças estatisticamente significativas entre a condição socioprofissional que a pessoa se encontrava e o seu estado de saúde avaliado entre as diferentes dimensões da escala de qualidade de vida.

244

As pessoas que exerciam uma atividade laboral expressaram melhores índices de saúde em todas as dimensões da escala de QVRS comparativamente aos inativos.

Também neste âmbito recodificamos as informações no que diz respeito ao tipo de vínculo laboral. As pessoas que se encontravam na condição de “ativo” foram distribuídas entre os tipos de vínculo: tempo indeterminado ou tempo determinado. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 89: Percepção de Estado de Saúde em função do tipo de vínculo laboral

ESTADO DE SAÚDE	TIPO DE VÍNCULO				p-value
	Tempo Determinado		Tempo Indeterminado		
	M±DP (n)	IC95	M±DP (n)	IC95	
FUNÇÃO FÍSICA	87,70±15,73 (114)	84,78-90,61	89,58±14,67 (792)	88,56-90,60	0,451
DESEMPENHO FÍSICO	84,43±18,35 (114)	81,02-87,84	90,13±16,64 (797)	88,97-91,29	<0,001
DOR CORPORAL	70,37±21,21 (113)	66,42-74,33	74,45±22,74 (801)	72,87-76,03	0,026
SAÚDE EM GERAL	63,94±16,43 (114)	60,89-66,99	65,23±15,96 (796)	64,12-66,34	0,421
VITALIDADE	64,05±18,68 (114)	60,58-67,52	69,48±20,19 (793)	68,08-70,89	<0,01
FUNÇÃO SOCIAL	81,03±18,46 (114)	77,61-84,46	85,46±19,64 (801)	84,09-86,82	<0,01
DESEMPENHO EMOCIONAL	85,33±17,83 (113)	82,00-88,65	90,65±17,06 (796)	89,46-91,84	<0,001
SAÚDE MENTAL	75,02±16,88 (114)	71,89-78,15	78,62±18,40 (793)	77,33-79,90	<0,01

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney; t-Student amostras independentes.

As pessoas com um vínculo laboral de “tempo indeterminado” demonstraram mais desempenho físico, menor impacto de dor corporal na sua rotina diária, maior energia/vigor e melhor função

social e desempenho emocional bem como bem-estar psicológico comparativamente a pessoas com vínculo precário.

No entanto, apesar de não existirem diferenças significativas quer ao nível da função física quer na perceção de “saúde em geral” ($p>0,05$) os trabalhadores com vínculo precário tenderam a ter menores resultados nestes dois indicadores (dimensões) comparativamente aos trabalhadores de quadro.

Também procuramos explorar a relação entre o estado de saúde em função do tipo de profissão segundo a Classificação Portuguesa das Profissões. Vejamos os quadros seguintes:

Quadro 90: Perceção de Estado de Saúde (Componente Física) em função da Classificação Portuguesa das Profissões

CPP (n)	COMPONENTE FÍSICA							
	Função Física ($p=0,053$)		Desempenho Físico ($p=0,579$)		Dor Corporal ($p=0,119$)		Saúde em Geral ($p=0,113$)	
	M±DP	IC95%	M±DP	IC95%	M±DP	IC95%	M±DP	IC95%
CONDIÇÃO 1 (n=49)	91,38±12,2	87,82-94,95	87,15±18,5	81,77-92,54	79,63±20,2	73,84-85,43	66,92±18,5	61,55-72,29
CONDIÇÃO 2 (n=135)	90,39±14,9	87,83-92,94	90,60±15,7	87,93-93,28	76,35±22,9	72,46-80,24	67,50±15,4	64,88-70,11
CONDIÇÃO 3 (n=103)	90,54±12,7	88,04-93,03	89,81±17,1	86,47-93,14	73,00±22,49	68,60-77,40	65,50±16,9	62,18-68,82
CONDIÇÃO 4 (n=125)	88,29±16,1	85,44-91,15	88,90±17,9	85,72-92,06	71,38±23,3	67,25-75,50	65,73±16,9	62,73-68,73
CONDIÇÃO 5 (n=172)	89,31±15,2	86,99-91,62	90,46±16,3	87,99-92,93	75,05±23,5	71,52-78,58	63,70±15,5	61,35-66,05
CONDIÇÃO 6 (n=9)	95,56±5,3	91,50-99,61	86,81±16,1	74,45-99,16	78,67±23,2	60,83-96,51	62,11±12,0	52,88-71,34
CONDIÇÃO 7 (n=87)	92,97±11,1	90,59-95,34	92,51±13,41	89,64-95,39	77,43±17,2	73,76-81,09	67,59±12,7	64,87-70,32
CONDIÇÃO 8 (n=23)	89,13±14,4	82,89-95,37	85,60±18,71	77,51-93,68	67,39±26,1	56,12-78,67	65,00±16,7	57,78-72,22
CONDIÇÃO 9 (n=159)	87,02±15,4	84,59-89,45	88,21±17,1	85,53-90,90	71,74±22,7	68,18-75,30	62,28±15,1	59,91-64,64

Legenda: CPP: Classificação Portuguesa das Profissões. Condição 1: Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos; Condição 2: Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas; Condição 3: Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio; Condição 4: Pessoal Administrativo; Condição 5: Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores; Condição 6: Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta; Condição 7: Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices; Condição 8: Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem; Condição 9: Trabalhadores não qualificados. M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média
 Teste: Kruskal-Wallis.

Em cada uma das dimensões da escala de QVRS não se observaram diferenças significativas em função da classe profissional de cada trabalhador ($p>0,05$).

No entanto, ao nível da função física, em média, os “trabalhadores não qualificados” revelaram piores resultados quando comparados com as restantes classes profissionais.

Quanto ao desempenho físico o grupo de trabalhadores com piores resultados neste índice foram os que eram identificados na classe de “operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem”, seguidos pelos “agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e da floresta”. Quanto à dor corporal a classe que maior impacto manifestara deste indicador, na sua rotina diária, foram os trabalhadores identificados como “operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem”. Quanto à saúde em geral esta revelou pior condição em trabalhadores nas classes profissionais de “agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e da floresta” e “trabalhadores não qualificados”.

Procuramos realizar a mesma abordagem mas ao nível da Componente Mental da escala de QVRS. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 91: Perceção de Estado de Saúde (Componente Mental) em função da Classificação Portuguesa das Profissões

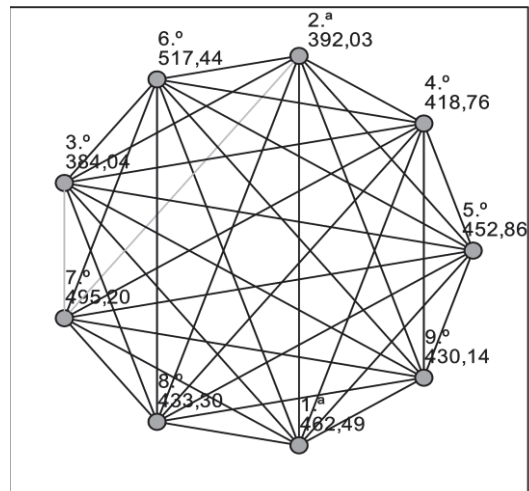
CPP(n)	COMPONENTE MENTAL							
	Vitalidade (p=0,192)		Função Social (p=0,015)		Desempenho Emocional (p=0,216)		Saúde Mental (p=0,041)	
	M±DP	IC95%	M±DP	IC95%	M±DP	IC95%	M±DP	IC95%
CONDIÇÃO 1 (N=49)	70,98±21,82	64,50-77,46	88,52±15,69	84,01-93,03	89,01±17,47	83,88-94,14	81,04±19,15	75,36-86,73
CONDIÇÃO 2 (N=135)	68,30±18,32	65,18-71,41	83,24±18,90	80,02-86,46	91,48±13,68	89,15-93,81	79,93±13,69	77,60-82,26
CONDIÇÃO 3 (N=103)	67,84±17,86	64,34-71,35	83,21±17,28	79,82-86,61	88,27±18,17	84,72-91,82	77,11±17,49	73,67-80,54
CONDIÇÃO 4 (N=125)	67,46±21,39	63,66-71,26	83,20±22,40	79,23-87,17	88,24±20,16	84,66-91,82	75,70±19,59	72,22-79,18
CONDIÇÃO 5 (N=172)	69,76±21,11	66,57-72,96	86,26±20,22	83,22-89,31	91,86±16,52	89,36-94,37	78,75±20,57	75,64-81,87
CONDIÇÃO 6 (N=9)	71,67±16,77	58,78-84,56	93,06±11,02	84,58-101,53	90,74±14,10	79,91-101,58	81,33±18,55	67,08-95,59
CONDIÇÃO 7 (N=87)	74,19±18,24	70,27-78,10	89,94±16,71	86,38-93,50	94,19±11,58	91,70-96,67	83,26±15,65	79,90-86,61
CONDIÇÃO 8 (N=23)	64,57±19,71	56,04-73,09	84,24±24,20	73,78-94,70	89,86±17,94	82,10-97,61	79,13±19,82	70,56-87,70
CONDIÇÃO 9 (N=159)	68,11±21,08	64,80-71,43	85,53±18,47	82,64-88,43	89,56±16,74	86,93-92,19	77,82±17,02	75,15-80,50

Legenda: CPP: Classificação Portuguesa das Profissões. Condição 1: Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos; Condição 2: Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas; Condição 3: Técnicos e Profissionais de Nível Intermediário; Condição 4: Pessoal Administrativo; Condição 5: Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores; Condição 6: Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta; Condição 7: Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices; Condição 8: Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem; Condição 9: Trabalhadores não qualificados. M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Testes: Kruskal-Wallis.

As dimensões reveladoras das diferenças, em função da condição profissional segundo a Classificação Portuguesa das Profissões, foram as de “Função Social” e “Saúde Mental” ($p < 0,05$).

Segundo os resultados estimados pelo teste de comparações múltiplas *Dunn*, veio a verificar-se que a função social revelou estar significativamente mais diminuída em trabalhadores classificados nas profissões de “especialistas das atividades intelectuais e científicas” ($Z = -3,255; p = 0,041$) e “técnicos e profissionais de nível intermediário” ($Z = -3,304; p = 0,034$) comparativamente ao grupo de “trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices”.

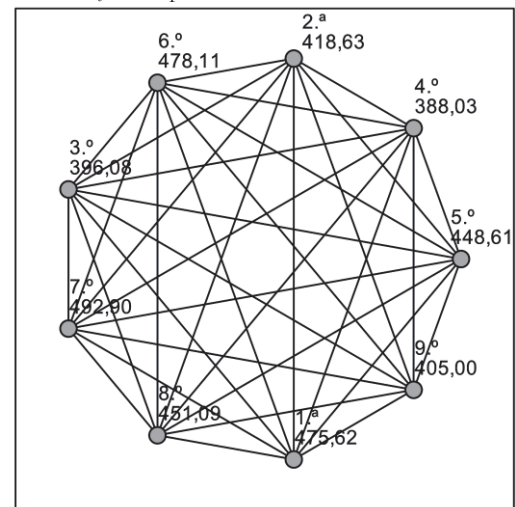
Gráfico 18: Comparações Múltiplas do Desempenho Emocional por classificação das profissões



Legenda: Teste comparações múltiplas *Dunn*. → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; —→ “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$)”.

Quanto à dimensão “saúde mental” as pessoas que se encontravam na classe profissional “Pessoal Administrativo” revelaram menor bem-estar psicológico comparativamente às pessoas identificadas nas classes: “Trabalhadores do Serviços Pessoais, de proteção e segurança e vendedores” ($Z = -2,092; p = 0,036$), “Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos” ($Z = 2,069; p = 0,039$), e “trabalhadores qualificados da indústria construção e artífices” ($Z = -3,047; p = 0,002$).

Gráfico 19: Comparações Múltiplas da Saúde Mental por classificação das profissões



Legenda: Teste comparações múltiplas Dunn. → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; —→ “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$)”.

Também constatamos que os trabalhadores identificados na classe de “trabalhadores qualificados da indústria construção e artífices” revelaram, significativamente melhor bem-estar psicológico comparativamente às pessoas nas categorias profissionais: “Especialistas das atividades intelectuais e científicas” ($Z = -2,195; p = 0,028$), “técnicos e profissionais de nível intermédio” ($Z = -2,697; p = 0,007$) bem como o grupo de pessoas identificados como “trabalhadores não qualificados” ($Z = 2,675; p = 0,007$).

▪ Perfil de Saúde entre diferentes escalões sociais (graffar)

Procuramos, por fim, avaliar a relação entre as classes sociais e a perceção de estado de saúde dos habitantes do concelho em estudo. Propusemos, numa primeira fase, estimar a Classe Social da população ativa. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 92: Perceção de Estado de Saúde da população ativa em função da Classe Social (Graffar)

ESTADO DE SAÚDE	CLASSIFICAÇÃO DE GRAFFAR							
	Classe Alta		Classe Média Alta		Classe Média		Classe Média Baixa	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA ($p=0,213$)	90,17±15,29 (99)	87,12-93,22	89,26±14,59 (243)	87,42-91,10	90,13±14,61 (414)	88,72-91,54	86,09±13,70 (64)	82,67-89,52
DESEMPENHO FÍSICO ($p=0,701$)	89,71±17,19 (100)	86,30-93,12	88,67±17,91 (246)	86,42-90,92	89,95±16,52 (415)	88,36-91,55	87,89±17,32 (64)	83,56-92,22
DOR CORPORAL ($p=0,559$)	76,50±22,88 (100)	71,96-81,04	72,84±23,94 (246)	69,83-75,84	73,66±22,20 (420)	71,54-75,79	72,41±22,12 (64)	66,88-77,93
SAÚDE GERAL ($p<0,0001$)	70,43±16,19 (100)	67,22-73,64	64,81±17,16 (244)	62,64-66,97	64,77±15,38 (418)	63,29-66,25	58,98±12,90 (64)	55,76-62,21
VITALIDADE ($p=0,742$)	68,99±19,40 (99)	65,12-72,86	68,14±19,63 (244)	65,66-70,61	69,84±20,71 (415)	67,84-71,83	70,23±21,70 (64)	64,81-75,66
FUNÇÃO SOCIAL ($p=0,428$)	82,50±21,10 (100)	78,31-86,69	85,37±19,38 (246)	82,93-87,80	86,10±19,25 (421)	84,26-87,95	85,94±20,47 (64)	80,82-91,05
DESEMPENHO EMOCIONAL ($p=0,044$)	89,50±15,79 (100)	86,37-92,63	87,28±20,32 (245)	84,72-89,84	91,18±16,31 (414)	89,61-92,76	90,89±16,58 (64)	86,74-95,03
SAÚDE MENTAL ($p=0,171$)	78,45±16,55 (99)	75,15-81,75	76,01±19,35 (244)	73,57-78,45	79,38±18,56 (415)	77,59-81,17	78,44±19,75 (64)	73,51-83,37

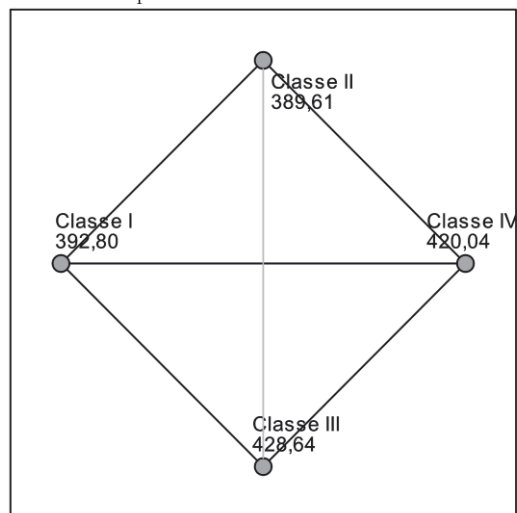
Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Teste: Kruskal-Wallis; Jonckheere-Terpstra para amostras independentes; Análise da Variância a um fator e Brown-Forsythe.

Ao avaliarmos as diferentes dimensões de estado de saúde da escala de QVRS constatamos que só se observaram diferenças médias estatisticamente significativas entre as classes sociais no que diz respeito às dimensões “saúde em geral” e “desempenho emocional”.

De forma mais específica, segundo o *teste comparações múltiplas Bonferroni*, as pessoas que pertenciam à classe social “alta” revelaram uma visão mais positiva da sua condição de saúde em geral comparativamente às pessoas que integravam as restantes classes: (*Classe Média Alta*: $d\bar{x} = 5,623; p = 0,017$; *Classe Média*: $d\bar{x} = 5,660; p = 0,008$; *Classe Média Baixa*: $d\bar{x} = 11,446; p < 0,0001$) . As pessoas que integravam a classe social “média alta” não se diferenciaram de forma significativa das classes sociais “média” e “média baixa” ($p > 0,05$) apesar das primeiras revelarem melhor condição de saúde em geral comparativamente a estas duas últimas classes. Por fim, as pessoas que se identificavam na classe “média” revelaram significativamente melhor perceção de saúde em geral comparativamente à classe social “média baixa” ($d\bar{x} = 5,786; p = 0,040$).

Quanto à dimensão “desempenho emocional” as pessoas que se integravam na classe social “média alta” demonstraram pior condição emocional, segundo *teste de comparações múltiplas Dunn*, face às pessoas que se encontravam na classe social “média” ($Z = 2,414; p = 0,047$). Padrão semelhante ocorrera, mas não de forma significativa entre as pessoas da classe social “alta” comparativamente à classe “média”, onde as pessoas da classe alta tenderam a apresentar piores resultados comparativamente à classe “média”.

Gráfico 20: Comparações Múltiplas do Desempenho Emocional por Escala de Graffar



Legenda: *Teste comparações múltiplas Dunn*. → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; → “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$)”; Classe I (Classe Alta); Classe II (Classe Média Alta); Classe III (Classe Média); Classe IV (Classe Média Baixa).

Para explorarmos ainda de forma mais abrangente a totalidade dos nossos inquiridos, no que diz respeito à classe social, integramos também as pessoas que se encontravam no desemprego ou reformadas. Estes foram integrados tendo como referência a última profissão.

Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 93: Percepção de Estado de Saúde da totalidade da população em função da Classe Social (Graffar)

ESTADO DE SAÚDE	ESCALA DE GRAFFAR							
	Classe Alta		Classe Média Alta		Classe Média		Classe Média Baixa	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p<0,0001)	84,25±21,29 (145)	80,76-87,75	86,61±18,09 (299)	84,55-88,66	87,31±18,29 (503)	85,70-88,91	69,12±27,01 (147)	64,71-73,52
DESEMPENHO FÍSICO (p<0,0001)	82,81±23,33 (146)	78,99-86,62	85,09±21,74 (303)	82,63-87,54	86,44±20,03 (505)	84,68-88,19	72,49±28,98 (147)	67,77-77,22
DOR CORPORAL (p<0,0001)	71,27±24,37 (146)	67,29-75,26	70,83±24,53 (303)	68,06-73,61	71,42±23,41 (511)	69,39-73,46	62,12±24,94 (148)	58,07-66,17
SAÚDE GERAL (p<0,0001)	65,31±19,02 (146)	62,20-68,42	62,98±18,05 (301)	60,93-65,03	62,75±16,61 (508)	61,30-64,20	50,04±17,89 (147)	47,12-52,96

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média

Testes: Kruskal-Wallis; Análise da Variância a um fator.

Ao abrangermos tanto a população ativa como as pessoas na condição de inativas constatamos que a percepção geral de estado de saúde ao nível da componente física da escala QVRS, revelou diferenças estatisticamente significativas em função da classe social que as pessoas teriam sido identificadas ($p<0,0001$).

De forma mais específica, com recurso ao teste de comparações múltiplas Dunn, constatamos que as pessoas que se encontravam na classe social “média baixa” apresentaram menores capacidades ao nível da função física comparativamente às restantes classes sociais

definidas na escala de graffar: (Classe Alta: $Z = 5,808; p < 0,0001$; Classe Média Alta: $Z = 7,401; p < 0,0001$; Classe Média: $Z = 8,826; p < 0,0001$).

Não se registaram diferenças significativas entre as restantes classes em função da dimensão “função física”.

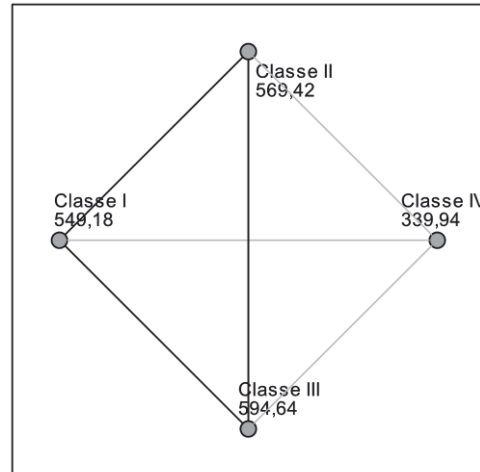
Quanto à dimensão “desempenho físico” também constatamos o mesmo padrão de perceção comparativamente à dimensão anterior. As pessoas da classe social mais baixa revelaram valores significativamente inferiores de desempenho comparativamente às restantes classes sociais: (Classe Alta: $Z = 3,365; p = 0,005$; Classe Média Alta: $Z = 4,875; p < 0,0001$; Classe Média: $Z = 5,592; p < 0,0001$). No entanto não se registaram diferenças significativas entre as restantes classes entre si ($p > 0,05$).

Quanto à dimensão “dor corporal” verificamos que, segundo o teste de comparações múltiplas LSD, as pessoas da condição socioeconómica “média baixa” demonstraram maior impacto da dor nas suas tarefas diárias comparativamente às pessoas das classes sociais mais elevadas: (Classe Alta: $d\bar{x} = -9,152; p = 0,001$; Classe Média Alta: $d\bar{x} = -8,713; p < 0,0001$; Classe Média: $d\bar{x} = -9,301; p < 0,0001$).

Quanto às restantes classes socioeconómicas não se registaram diferenças médias significativas entre si.

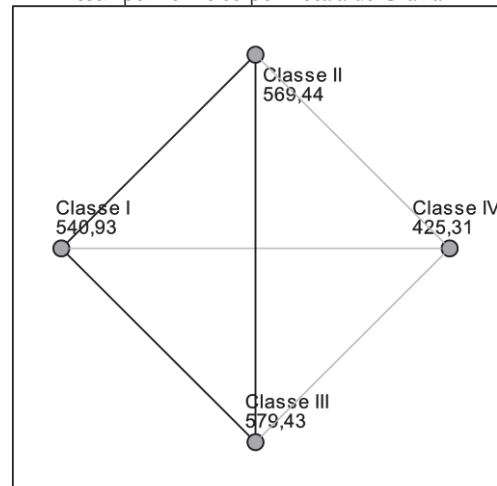
Por fim, quanto à dimensão “saúde em geral” verificamos, segundo o teste de comparações múltiplas LSD, padrão semelhante à dimensão “dor corporal”. As pessoas com menor nível socioeconómico (classe média baixa) também revelaram uma pior perceção geral de saúde

Gráfico 21: Comparações Múltiplas da Função Física por Escala de Graffar



Legenda: Teste comparações múltiplas Dunn. → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; —→ “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$); Classe I (Classe Alta); Classe II (Classe Média Alta); Classe III (Classe Média); Classe IV (Classe Média Baixa).

Gráfico 22: Comparações Múltiplas do Desempenho Físico por Escala de Graffar



Legenda: Teste comparações múltiplas Dunn. → “diferença significativa ($p \leq 0,05$)”; —→ “ausência de diferença significativa ($p > 0,05$); Classe I (Classe Alta); Classe II (Classe Média Alta); Classe III (Classe Média); Classe IV (Classe Média Baixa).

comparativamente às restantes classes socioeconómicas: (*Classe Alta*: $d\bar{x} = -15,267$; $p < 0,0001$; *Classe Média Alta*: $d\bar{x} = -12,939$; $p < 0,0001$; *Classe Média*: $d\bar{x} = -12,707$; $p < 0,0001$) . Quanto às restantes classes socioeconómicas não se registaram diferenças médias significativas entre si.

Quanto à componente mental, vejamos o quadro seguinte:

Quadro 94: Perceção de Estado de Saúde da totalidade da população em função da Classe Social (Graffar)

ESTADO DE SAÚDE	ESCALA DE GRAFFAR							
	Classe Alta		Classe Média Alta		Classe Média		Classe Média Baixa	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
VITALIDADE ($p < 0,0001$)	63,90±22,02 (145)	60,28-67,51	66,50±20,08 (301)	64,22-68,77	67,85±21,38 (505)	65,98-69,72	58,51±25,07 (148)	54,44-62,59
FUNÇÃO SOCIAL ($p = 0,001$)	79,28±21,40 (146)	75,78-82,78	83,62±20,43 (303)	81,31-85,93	84,01±20,77	82,21-85,81	77,36±22,46 (148)	73,72-81,01
DESEMPENHO EMOCIONAL ($p = 0,001$)	85,56±19,56 (146)	82,36-88,76	84,71±22,08 (302)	82,21-87,21	88,28±19,83 (504)	86,54-90,01	80,22±25,62 (147)	76,04-84,39
SAÚDE MENTAL ($p = 0,063$)	74,53±19,71 (145)	71,30-77,77	74,77±19,58 (301)	72,55-76,99	77,02±19,99 (504)	75,27-78,77	72,34±21,12 (148)	68,91-75,77

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média
 Testes: Análise da Variância a um fator; Brown-Forsythe.

Ao nível da componente mental, constatamos a presença de diferenças médias estatisticamente significativas entre as diferentes classes socioeconómicas em relação às dimensões de “vitalidade” “função social” e “desempenho emocional”.

De forma mais específica, com recurso ao teste de comparações múltiplas *G-H*, verificamos que as pessoas que estavam na condição socioeconómica mais baixa revelaram pior *vitalidade* comparativamente às pessoas que se enquadravam nas classes sociais “*média alta*” ($d\bar{x} = -7,981$; $p = 0,005$) e “*média*” ($d\bar{x} = -9,335$; $p < 0,0001$). No entanto, apesar de não se registarem diferenças significativas entre a classe social mais baixa comparativamente à classe social “*alta*” ($p = 0,208$) as pessoas desta última classe tendencialmente apresentaram melhores resultados nesta dimensão face às pessoas da classe social “*média baixa*”. Também não se registaram diferenças significativas entre às classes socioeconómicas alta, média alta e média ($p > 0,05$).

Ao nível da *função social* também registámos, com recurso ao teste de comparações múltiplas *G-H*, o mesmo padrão de diferenças significativas face à dimensão anterior. As pessoas que pertenciam à classe social “*média baixa*” demonstraram piores resultados de função social comparativamente às restantes classes mais altas: (*Classe Alta*: $d\bar{x} = -1,916$; $p = 0,877$; *Classe Média Alta*: $d\bar{x} = -6,257$; $p = 0,024$; *Classe Média*: $d\bar{x} = -6,643$; $p = 0,008$) . Quanto às restantes classes entre si também não se registaram diferenças médias significativas de função social apesar das classes socioeconómicas “*média alta*” e “*média*” revelarem melhores índices nesta dimensão comparativamente à classe social “*alta*”.

Com recurso ao teste de comparações múltiplas *G-H*, verificamos que se observou uma relativa homogeneidade de pontuações no que diz respeito ao desempenho emocional entre a classe socioeconómica “*alta*” comparativamente à “*média alta*” ($p = 0,976$), “*média*” ($p = 0,455$) e “*média*

baixa” ($p=0,188$). O mesmo ocorrera entre as pessoas que se encontravam nas classes sociais “*média alta*” comparativamente à “*média*” ($p=0,098$) “*média baixa*” ($p=0,265$). No entanto, as pessoas que se encontravam nesta última classe socioeconómica apresentaram piores resultados significativos de desempenho emocional comparativamente às pessoas de classe média ($d\bar{x} = -8,062; p = 0,003$).

Quanto ao bem-estar psicológico não se observaram diferenças médias significativas em função da classe socioeconómica em que as pessoas se encontravam, no entanto, a classe média baixa revelou mais uma vez índices de ansiedade e de depressão mais elevados comparativamente às restantes classes em estudo.

2.2.2 Perceção de Estado de Saúde e os Indicadores de Estado de Saúde

▪ Perfil de Saúde segundo o Índice de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Procuramos avaliar a relação das diferentes medidas de QVRS da Escala SF-36. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 95: Correlação entre as dimensões de QVRS

QVRS (SF-36)		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
Dimensões									
FUNÇÃO FÍSICA	r	1	0,675***	0,585***	0,585***	0,539***	0,471***	0,519***	0,398***
	n		1195	1195	1194	1194	1196	1194	1194
DESEMPENHO FÍSICO	r		1	0,584***	0,591***	0,587***	0,546***	0,731***	0,465***
	n			1201	1200	1198	1202	1202	1197
DOR CORPORAL	r			1	0,610***	0,670***	0,585***	0,500***	0,553***
	n				1204	1201	1211	1199	1200
SAÚDE EM GERAL	r				1	0,607***	0,520***	0,474***	0,550***
	n					1200	1205	1198	1199
VITALIDADE	r					1	0,638***	0,555***	0,733***
	n						1202	1197	1201
FUNÇÃO SOCIAL	r						1	0,605***	0,675***
	n							1200	1201
DESEMPENHO EMOCIONAL	r							1	0,574***
	n								1196
SAÚDE MENTAL	r								1
	n								

Legenda: r: Coeficiente de Correlação; (n) = n.º de participantes; FF- Função Física; DF - Desempenho Físico; DC - Dor Corporal; SG - Saúde Geral; V - Vitalidade; FS - Função Social; DE - Desempenho Emocional; SM - Saúde Mental. Teste: Coeficiente de Correlação Linear de Pearson.

***p<0,0001

Quanto às dimensões que compõem a componente física da escala de QVRS verificamos que as pessoas com índices mais elevados de função física tendem a apresentar valores melhores quando ao desempenho físico e que sofrem menos impacto da dor corporal com níveis mais elevados de energia, função social, desempenho emocional e bem-estar psicológico.

Também as pessoas com melhores índices de desempenho físico expressaram menor impacto da dor corporal e uma visão mais positiva da sua saúde em geral. As pessoas tendem a revelar melhores níveis de vigor/energia, função social, desempenho emocional e bem-estar psicológico.

Também as pessoas que indicaram que sofriam menos de impacto da dor na sua rotina diária percecionam uma melhor condição de “saúde em geral”, níveis mais elevados de vitalidade, função social, desempenho emocional e melhor bem-estar psicológico.

Quanto à saúde em geral esta correlaciona-se positivamente, mas de forma moderada, com os índices mais elevados de vitalidade, função social e saúde mental e com fraca magnitude ao nível do desempenho emocional.

Também, de forma positiva mas de moderada magnitude, foi observada entre os níveis de vitalidade com a função social, desempenho emocional e saúde mental. Com níveis mais elevados

de função social as pessoas tendiam a apresentar índices mais elevados de desempenho emocional e melhor bem-estar psicológico. O mesmo ocorrera entre os resultados estimados entre o desempenho emocional e a saúde mental.

Quando colocamos a pergunta “De uma maneira geral como considera o seu estado de saúde Propusemos avaliar se esta perceção dos habitantes do concelho de Coimbra se associava em função das diferentes dimensões aplicadas pela escala QVRS. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 96: Correlação entre a Perceção Geral de Saúde e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE (a)	QVRS							
	ρ	Componente Física			Componente Mental			
		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE
n	-0,541***	-0,491***	-0,517***	-0,689***	-0,494***	-0,411***	-0,383***	-0,421***
	1127	1134	1138	1134	1131	1139	1133	1130

Legenda: (a) a variável foi classificada como 1 (Muito Bom); 2 (Bom); 3 (Razoável) 4 (Mau ou Muito Mau); ; FF- Função Física; DF - Desempenho Físico; DC - Dor Corporal; SG - Saúde Geral; V - Vitalidade; FS - Função Social; DE - Desempenho Emocional; SM - Saúde Mental.

Teste de Correlação Ordinal de Spearman (ρ).***p<0,0001

Observou-se um padrão de variação estatisticamente significativo entre a perceção geral do estado de saúde dos inquiridos e as diferentes dimensões de Estado de Saúde (p<0,0001). Ao nível da componente física constatamos que as pessoas com uma perceção mais positiva da sua saúde apresentaram melhores condições físicas (função e desempenho) com menor impacto de dor física e com uma “saúde em geral” mais positiva.

Quanto ao nível da componente mental, também as pessoas que indicaram ter uma perceção mais positiva da saúde, em geral, expressaram uma maior vitalidade, função social, desempenho emocional e melhor saúde mental.

▪ *Perfil de Saúde e a condição de Satisfação com a Vida (Índice de Qualidade de Vida)*

Como foi referido anteriormente o Índice de Satisfação com a Vida (IQV) procura medir a qualidade de vida em termos de satisfação com a vida de forma subjetiva. Quanto mais elevados forem os valores estimados melhor será a qualidade de vida percebida.

Face ao exposto procuramos compreender como a satisfação com a vida, quer em geral quer nas diferentes áreas desta (dimensões) se relacionavam com a percepção do Estado de Saúde (QVRS) na população do concelho de Coimbra. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 97: Correlação entre o IQV e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

IQV		QVRS							
		Componente Física				Componente Mental			
		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
ÍNDICE GLOBAL	r	0,452***	0,483***	0,499***	0,536***	0,557***	0,584***	0,462***	0,578***
	n	1184	1191	1198	1192	1189	1199	1189	1188
SAÚDE E FUNCIONALIDADE	r	0,571***	0,576***	0,593***	0,634***	0,621***	0,616***	0,502***	0,585***
	n	1184	1191	1198	1192	1189	1199	1189	1188
SOCIAL E ECONÓMICA	r	0,289***	0,293***	0,305***	0,354***	0,360***	0,387***	0,281***	0,382***
	n	1178	1185	1191	1186	1183	1192	1183	1182
ESPIRITUAL E PSICOLÓGICA	r	0,230***	0,294***	0,320***	0,332***	0,400***	0,464***	0,354***	0,490***
	n	1178	1185	1191	1186	1183	1192	1183	1182
FAMÍLIA	r	0,322***	0,365***	0,356***	0,370***	0,425***	0,463***	0,374***	0,486***
	n	1179	1186	1192	1187	1184	1193	1184	1183

Legenda: r: Coeficiente de Correlação; (n) = n.º de participantes; FF- Função Física; DF - Desempenho Físico; DC - Dor Corporal; SG - Saúde Geral; V - Vitalidade; FS - Função Social; DE - Desempenho Emocional; SM - Saúde Mental. Teste: Coeficiente de Correlação Linear de Pearson.
***p<0,0001

Verificamos que as diferentes dimensões que caracterizam o Estado de Saúde da população, segundo a escala de QVRS, revelaram um padrão de variação quer com a dimensão geral do Índice de Qualidade de Vida, quer com as dimensões que compunham este mesmo índice (p<0,0001).

Verificamos que o índice de satisfação com a vida, em geral, correlaciona-se de forma positiva quer com as dimensões da componente física quer com as dimensões da componente mental.

Podemos afirmar que as pessoas com índices de satisfação com a vida em geral tendem a revelar melhores resultados, quer nas dimensões físicas quer nas dimensões mentais.

Ao nível da dimensão “saúde funcionalidade” os resultados estimados indicam-nos que as pessoas com melhor satisfação nesta dimensão também revelam melhores resultados (positivos) em todas as dimensões que compõem a escala de QVRS. Padrões semelhantes, apesar de coeficientes ligeiramente menores quanto à magnitude, observaram-se nas dimensões “social e económica” “espiritual e psicológica” e “família” face às dimensões das componentes (física e mental) da escala de QVRS.

▪ *Perfil de Saúde e Locus de Controlo*

Procuramos avaliar a relação entre a forma como as pessoas classificavam a sua saúde tendo por base determinados acontecimentos internos ou externos a eles próprios – Locus de Controlo de Saúde (LCS) e a sua QVRS. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 98: Correlação entre o LCS e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

LCS		QVRS							
		Componente Física			Componente Mental				
		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
Locus de Controlo	r	0,103**	0,072*	0,040	0,143***	0,019	0,013	0,035	0,038
	n	1193	1200	1207	1201	1197	1207	1198	1196
Outros Poderosos	r	-0,065*	-0,067*	-0,083**	-0,146***	-0,084**	-0,064*	-0,093**	-0,092**
	n	1194	1201	1208	1202	1199	1209	1199	1198

Legenda: r: Coeficiente de Correlação; (n) = n.º de participantes; FF- Função Física; DF - Desempenho Físico; DC - Dor Corporal; SG - Saúde Geral; V - Vitalidade; FS - Função Social; DE - Desempenho Emocional; SM - Saúde Mental. Teste: Coeficiente de Correlação Linear de Pearson.
 ***p<0,0001; **p<0,01; *p≤0,05

Verificou-se um padrão de correlação estatisticamente significativo entre a percepção que as pessoas têm de que a sua saúde depende dos seus atos pessoais e as dimensões da componente física (FF, DF, SG). Apesar de correlações de fraca magnitude [$0,1 \leq r \leq 0,5$] podemos afirmar que as pessoas com maior controlo interno sobre a sua saúde tendem também a revelar melhor função e desempenho físico bem como uma melhor percepção de saúde em geral. No entanto, não se observou um padrão de variação entre o locus de controlo interno e o impacto da dor corporal bem como com as dimensões da componente mental da escala de QVRS.

256

Quanto ao Locus de Controlo associado a “outros poderosos” verificamos padrões de variação negativos com as diferentes dimensões da escala de QVRS. Apesar de fraca magnitude constatamos que as pessoas que consideram que a sua saúde não depende tanto de outras entidades externas a si (médicos, enfermeiros, etc.) apresentam também melhores resultados de QVRS em todas as dimensões das componentes física e mental.

▪ *Perfil de Saúde e Estilos de Vida (QACS)*

Também procuramos compreender como determinadas atitudes e comportamentos de saúde (QACS) que assumiam no seu dia-a-dia poderiam estar relacionados com a perceção geral de estado de saúde. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 99: Correlação entre os Estilos de Vida (QACS) e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

QACS		QVRS							
		Componente Física			Componente Mental				
		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
Exercício Físico	r	0,151***	0,077*	0,135***	0,143***	0,130***	0,085**	0,053	0,113***
	n	1067	1074	1082	1075	1072	1082	1072	1071
Nutrição	r	0,059	0,063*	0,146***	0,084**	0,210***	0,161***	0,111***	0,193***
	n	1055	1062	1069	1063	1060	1069	1060	1059
Autocuidado	r	-0,011	0,028	0,017	0,026	0,114***	0,116***	0,054	0,119***
	n	986	992	997	993	989	997	991	988
Segurança Motorizada	r	0,060	0,079*	0,065*	0,039	0,097**	0,104**	0,100**	0,119***
	n	1026	1032	1036	1032	1029	1037	1030	1028
Uso de Drogas e Similares	r	-0,038	-0,001	0,022	-0,012	0,044	0,017	-0,012	0,106***
	n	1040	1046	1053	1047	1044	1053	1044	1043

Legenda: r: Coeficiente de Correlação; (n) = n.º de participantes; FF – Função Física; DF – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Saúde Geral; V – Vitalidade; FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental. Teste: Coeficiente de Correlação Linear de Pearson.

***p<0,0001; **p<0,01; *p<0,05

Quanto aos QACS verificou-se que as pessoas que procuravam ter melhor condição física (Exercício Físico) e maiores cuidados com a sua alimentação (Nutrição) apresentaram índices mais elevados de saúde, quer física quer mental.

Quanto aos comportamentos de prevenção (autocuidado) verificou-se que quanto mais forte era este comportamento de zelo com a saúde mais as pessoas revelaram maior vitalidade, função social e bem-estar psicológico.

Também as pessoas que revelaram ter cuidado na prevenção de acidentes ou comportamentos de risco (segurança motorizada), tendem a apresentar menor impacto da dor corporal, mais energia, função social, desempenho emocional e bem-estar psicológico. Por último, as pessoas que tendem a evitar tomar medicamentos sem orientação médica, fumar, consumir estimulantes revelam significativamente melhor bem-estar psicológico.

▪ *Perfil de Saúde perante os indicadores antropométricos*

Propusemos avaliar a perceção de Estado de Saúde em função do Índice Massa Corporal (IMC) que as pessoas apresentavam.

Numa primeira fase exploratória procuramos compreender como a presença de um índice adequado (*Normal*) ou a ausência deste (*Alterado*)²⁹ se relacionavam com a perceção de estado de saúde dos habitantes do concelho de Coimbra.

²⁹ Combinação da condições: Baixo peso, Excesso de peso e Obesidade

Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 100: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e o IMC (Peso Normal/Alterado)

QVRS	ÍNDICE MASSA CORPORAL			
	Normal		Alterado	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p<0,0001)	87,32±19,25 (452)	85,54-89,10	82,23±21,60 (691)	80,61-83,84
DESEMPENHO FÍSICO (p<0,0001)	86,94±20,41 (455)	85,10-88,82	82,04±23,53 (695)	80,29-83,79
DOR CORPORAL (p<0,0001)	73,83±23,42 (456)	71,67-75,98	67,76±24,45 (700)	65,95-69,58
SAÚDE GERAL (p<0,0001)	64,36±17,92 (453)	62,70-66,01	60,13±17,80 (698)	58,81-61,46
VITALIDADE (p<0,0001)	68,62±20,78 (453)	66,70-70,54	63,61±21,89 (695)	61,98-65,24
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,0227)	83,42±21,37 (456)	81,45-85,38	81,69±20,31 (701)	80,18-83,19
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,006)	88,23±19,51 (454)	86,43-90,03	84,92±21,86 (694)	83,29-86,55
SAÚDE MENTAL (p=0,007)	77,19±19,59 (453)	75,38-78,99	74,72±19,40 (694)	73,28-76,17

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney e t-Student para amostras independentes.

Podemos verificar que as pessoas com “Normal” foram as que revelaram, de forma significativa, melhor estado de saúde face às pessoas com “Alterado” nas diferentes dimensões do índice QVRS.

Propusemos de seguida, identificar os diferentes grupos segundo o peso de acordo com a Organização Mundial de Saúde em quatro classes distintas. Vejamos o quadro seguinte:

258

Quadro 101: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e o IMC

ESTADO DE SAÚDE	ÍNDICE MASSA CORPORAL							
	Baixo Peso		Peso Normal		Excesso de Peso		Obesidade	
	M±DP (n)	IC95	M±DP (n)	IC95	M±DP (n)	IC95	M±DP (n)	IC95
FF (p<0,001)	97,50±2,89 (4)	92,91-102,09	87,32±19,25 (452)	85,54-89,10	84,14±20,03 (517)	82,41-85,87	76,034±24,98 (170)	72,25-79,82
DF (p<0,001)	95,31±9,38 (4)	80,40-110,23	86,94±20,41 (455)	85,06-88,82	83,92±21,84 (522)	82,04-85,80	75,925±27,44 (169)	71,76-80,09
DC (p<0,001)	84,00±19,11 (4)	53,59-114,41	73,83±23,42 (456)	71,67-75,98	68,85±24,02 (525)	66,79-70,91	64,041±25,48 (171)	60,20-67,89
SG (p<0,001)	72,00±10,80 (4)	54,81-89,19	64,36±17,92 (453)	62,70-66,01	60,84±17,41 (523)	59,35-62,34	57,684±18,85 (171)	54,84-60,53
V (p<0,001)	72,50±9,57 (4)	57,27-87,74	68,62±20,78 (453)	66,70-70,54	64,68±21,58 (521)	62,82-66,54	60,118±22,71 (170)	56,68-63,56
FS (p=0,105)	87,50±10,21 (4)	71,26-103,74	83,42±21,38 (456)	81,45-85,38	81,98±20,44 (526)	80,24-83,74	80,629±20,12 (171)	77,59-83,67
DE (p<0,01)	100,00±0,00 (4)	100,0-100,0	88,23±19,51 (454)	86,43-90,03	86,31±20,35 (521)	84,56-88,06	80,276±25,62 (169)	76,39-84,17
SM (p=0,027)	80,50±7,72 (4)	68,21-92,79	77,19±19,59 (453)	75,38-78,99	75,25±19,36 (520)	73,58-76,92	72,976±19,66 (170)	69,99-75,95

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média. FF – Função Física; DF – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Saúde Geral; V – Vitalidade; FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental.
Teste: Kruskal-Wallis.

Segundo os resultados expressos no quadro anterior, à exceção da dimensão “Função Social”, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas restantes dimensões de estado de saúde por classes de IMC em que os nossos habitantes foram classificados.

De forma mais específica, com recurso ao teste de comparações múltiplas Dunn, as pessoas com uma condição de Obesidade revelaram menor função física comparativamente aos restantes

grupos à exceção das pessoas com baixo peso (*Excesso de Peso*: $Z = 4,524$; $p < 0,0001$; *Peso normal*: $Z = 6,606$; $p < 0,0001$; *Baixo peso*: $Z = 2,191$; $p = 0,171$). Também as pessoas com excesso de peso apresentaram pior função física comparativamente às pessoas com peso normal ($Z = 3,018$; $p = 0,015$) mas não diferenciadora face às pessoas com baixo peso ($Z = 1,412$; $p = 0,948$). Não se verificaram diferenças de função física entre as pessoas que apresentavam um *baixo peso* e *peso normal*.

No que diz respeito ao Desempenho Físico constatamos o mesmo padrão de diferenças como ocorreu na dimensão anterior. As pessoas obesas revelaram pior condição deste indicador comparativamente aos restantes grupos à exceção das pessoas com baixo peso: (*Excesso de Peso*: $Z = 3,332$; $p = 0,005$; *Peso normal*: $Z = 5,247$; $p < 0,0001$; *Baixo peso*: $Z = 1,669$; $p = 0,571$). As pessoas com excesso de peso também demonstraram significativamente pior condição de saúde comparativamente às pessoas com peso normal ($Z = 2,772$; $p = 0,033$) mas não diferenciada quanto às pessoas com baixo peso ($Z = 1,095$; $p = 0,274$). Padrão semelhante ocorreu entre pessoas com baixo peso e peso normal.

As pessoas que expressam maior impacto da dor no seu dia-a-dia foram as que revelaram uma condição de *obesidade* face às com *peso normal* ($Z = 4,488$; $p < 0,0001$). Também o impacto da dor no quotidiano foi menor nas pessoas com *peso normal* face às pessoas com *excesso de peso* ($Z = 3,356$; $p = 0,005$). No entanto, não se verificaram diferenças significativas entre as pessoas obesas comparativamente às pessoas com excesso de peso ou baixo peso bem como entre estas duas ($p > 0,05$).

Também as pessoas obesas e com excesso de peso demonstraram pior perceção geral de saúde comparativamente às pessoas com peso normal ($Z_{obesas} = 4,202$; $p < 0,0001$; $Z_{excesso de peso} = 3,203$; $p = 0,008$). Porém, as pessoas obesas demonstraram um padrão semelhante de perceção geral de saúde comparativamente às pessoas com excesso de peso ($Z = 1,948$; $p = 0,308$) bem como relativamente às pessoas com baixo peso ($Z = 1,522$; $p = 0,768$). Também não se registaram diferenças entre as pessoas com excesso de peso comparativamente às pessoas com baixo peso.

Ao nível das medidas que compõem a componente mental verificamos que as pessoas com peso normal demonstraram melhores resultados comparativamente às pessoas obesas e com excesso de peso ao nível da vitalidade ($Z_{obesas} = 4,286$; $p < 0,0001$; $Z_{excesso de peso} = 2,915$; $p = 0,021$), desempenho emocional ($Z_{obesas} = 3,785$; $p = 0,001$) e bem-estar psicológico ($Z_{obesas} = 2,894$; $p = 0,023$). Os restantes grupos de IMC revelaram um padrão semelhante nas diferentes medidas da componente em análise.

Procuramos de seguida avaliar a relação entre Estado de Saúde e a medição antropométrica “Perímetro da Cintura”. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 102: Relação entre a Perceção de Estado de Saúde e classificação do Perímetro da Cintura

QVRS	PERÍMETRO DA CINTURA			
	Normal		Risco Elevado	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p<0,0001)	85,56±20,24 (551)	83,79-87,20	77,16±23,46 (339)	74,59-79,62
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,0003)	84,26±21,03 (554)	82,79-86,29	77,53±26,32 (339)	74,68-80,32
DOR CORPORAL (p=0,0007)	69,65±23,69 (558)	68,06-72,03	63,58±25,26 (341)	60,63-66,03
SAÚDE EM GERAL (p0,0001)	62,08±18,01 (553)	60,69-63,72	57,16±18,53 (341)	55,13-59,11
VITALIDADE (p=0,0698)	63,48±20,06 (555)	61,87-65,24	60,87±22,66 (340)	58,36-63,21
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,1495)	81,08±20,09 (559)	79,69-83,04	78,92±22,17 (341)	76,43-81,19
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,3308)	85,39±20,73 (554)	83,94-87,40	83,09±23,01 (339)	80,57-85,50
SAÚDE MENTAL (p=0,3420)	74,23±18,95 (554)	72,68-75,85	72,86±20,64 (340)	70,56-74,98

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney e t-Student para amostras independentes.

Com base nos resultados anteriores as pessoas do concelho de Coimbra que apresentaram um perímetro de cintura “normal” foram as que revelaram, de forma significativa, melhores condições, quer a nível da função física, desempenho físico, menor impacto da dor no seu quotidiano quer uma melhor saúde em geral comparativamente às pessoas classificadas com um “risco elevado”.

No entanto, apesar das pessoas com um perímetro adequado apresentarem maior vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental face às pessoas classificadas com elevado risco de saúde, estas diferenças não foram significativas ($p > 0,05$).

Propusemos também avaliar o estado de saúde da população em função dos valores estimados referentes à *Circunferência do Pescoço*. Segundo o quadro seguinte não se verificou qualquer relação entre os valores de circunferência do pescoço face ao estado de saúde nas diferentes dimensões que o compõem. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 103: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e os valores de Circunferência do Pescoço

PESCOÇO		ESTADO DE SAÚDE							
		Função Física	Desempenho Físico	Dor Física	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental
	r	-0,043	-0,036	-0,019	-0,043	0,013	0,000	-0,035	0,013
	p	0,2001	0,2854	0,5683	0,2079	0,6938	0,9931	0,3015	0,7027
	n	874	877	883	879	880	884	877	879

Teste de Correlação Linear de Pearson (r).

▪ *Perfil de Saúde em função da Doença (Crónica)*

Procuramos nesta parte do nosso estudo avaliar o impacto da doença crónica na perceção de estado de saúde dos habitantes do concelho de Coimbra. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 104: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a doença

QVRS	Doenças Crónicas			
	Ausência de Doença		Presença de Doença	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p<0,0001)	90,14±15,41 (737)	89,02-91,25	75,47±24,46 (460)	73,23-77,71
DESEMPENHO FÍSICO (p<0,0001)	89,94±17,13 (742)	88,70-91,17	74,76±26,40 (462)	72,34-77,17
DOR CORPORAL (p<0,0001)	77,91±20,85 (743)	76,41-79,41	58,15±24,01 (468)	55,96-60,33
SAÚDE EM GERAL (p<0,0001)	67,06±14,67 (740)	66,00-68,12	53,34±19,49 (465)	51,57-55,12
VITALIDADE (p<0,0001)	71,51±19,17 (738)	70,12-72,89	56,38±21,89 (464)	54,38-58,38
FUNÇÃO SOCIAL (p<0,0001)	86,68±17,92 (744)	85,39-87,97	75,29±23,36 (468)	73,17-77,42
DESEMPENHO EMOCIONAL (p<0,0001)	90,08±17,42 (742)	88,83-91,34	80,13±24,56 (460)	77,88-82,34
SAÚDE MENTAL (p<0,0001)	80,24±16,38 (738)	79,06-81,42	68,34±22,00 (463)	66,33-70,35

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney; t-Student para amostras independentes.

Constatamos, segundo o quadro anterior, uma redução da perceção de estado de saúde de forma significativa nas pessoas que autodeclaram a presença de doença crónica face às pessoas que indicaram ausência desta.

A doença crónica veio demonstrar uma tendência para que as pessoas revelem menores capacidades ao nível físico e com maior impacto da dor corporal na rotina diária como também uma pior perceção geral de saúde.

Ao nível das medidas da componente mental a falta de energia, uma menor função social, bem como um nível do desempenho emocional e pior bem-estar psicológico foram elementos marcantes e diferenciadores em relação às pessoas sem doença.

Propusemos classificar a frequência do número de doenças crónicas autodeclaradas para avaliar o impacto que as mesmas poderiam apresentar ao nível da percepção de Estado de Saúde. Vejamos o quadro seguinte:

De forma geral, podemos verificar que ao nível da componente “Física” da escala de Estado de Saúde verificaram-se diferenças médias estatisticamente significativas entre classes de frequências de doenças crónicas por dimensões da mesma componente. Quanto maior for o número de doenças crónicas autodeclaradas menor é a condição e desempenho físico dos nossos habitantes bem como maior impacto da dor nas suas atividades bem

Quadro 105: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a frequência de doenças crónicas

QVRS	Doenças Crónicas	N	M±DP	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p<0,0001)	[1 - 2] Doenças Crónicas	330	81,88±20,35	79,67-84,08
	[3 - 4] Doenças Crónicas	87	63,62±26,55	57,96-69,28
	=> 5 Doenças crónicas	43	50,23±24,18	42,79-57,67
DESEMPENHO FÍSICO (p<0,0001)	[1 - 2] Doenças Crónicas	330	80,80±22,64	78,34-83,25
	[3 - 4] Doenças Crónicas	89	66,22±28,73	60,17-72,27
	=> 5 Doenças crónicas	43	46,08±24,96	38,39-53,76
DOR FÍSICA (p<0,0001)	[1 - 2] Doenças Crónicas	332	64,10±22,75	61,64-66,55
	[3 - 4] Doenças Crónicas	91	47,91±21,06	43,53-52,30
	=> 5 Doenças crónicas	45	34,93±16,88	29,86-40,00
SAÚDE EM GERAL (p<0,0001)	[1 - 2] Doenças Crónicas	332	57,65±17,38	55,77-59,53
	[3 - 4] Doenças Crónicas	89	48,01±20,64	43,66-52,36
	=> 5 Doenças crónicas	44	31,61±14,69	27,15-36,08
VITALIDADE (p<0,0001)	[1 - 2] Doenças Crónicas	330	60,67±20,95	58,40-62,94
	[3 - 4] Doenças Crónicas	89	49,49±19,94	45,29-53,70
	=> 5 Doenças crónicas	45	38,56±20,13	32,51-44,60
FUNÇÃO SOCIAL (p<0,0001)	[1 - 2] Doenças Crónicas	332	78,35±22,02	75,97-80,73
	[3 - 4] Doenças Crónicas	91	71,84±23,39	66,97-76,71
	=> 5 Doenças crónicas	45	59,72±26,10	51,88-67,56
DESEMPENHO EMOCIONAL (p<0,0001)	[1 - 2] Doenças Crónicas	328	83,94±22,36	81,51-86,37
	[3 - 4] Doenças Crónicas	89	75,28±25,85	69,84-80,73
	=> 5 Doenças crónicas	43	61,05±27,62	52,55-69,55
SAÚDE MENTAL (p<0,0001)	[1 - 2] Doenças Crónicas	330	71,83±20,76	69,58-74,08
	[3 - 4] Doenças Crónicas	88	63,21±21,79	58,59-67,82
	=> 5 Doenças crónicas	45	52,76±22,99	45,85-59,66

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média. Testes: Kruskal-Wallis; ANOVA a um fator; Brown-Forsythe

como pior estado de saúde em geral.

Com recurso ao teste de comparações múltiplas *Dunn*, constatamos que as pessoas com 5 ou mais doenças crónicas demonstraram significativamente pior função e desempenho físico comparativamente às pessoas com 3 a 4 ($Z_{função\ física} = 2,668; p = 0,023; Z_{desempenho\ físico} = 3,660; p = 0,001$) doenças ou menos ($Z_{função\ física} = 7,678; p < 0,0001; Z_{desempenho\ físico} = 7,508; p < 0,0001$). Também estes indicadores revelaram estar significativamente mais diminuídos nas pessoas com 3 a 4 doenças crónicas comparativamente a pessoas com 1 a 2 doenças ($Z_{função\ física} = 6,203; p < 0,0001; Z_{desempenho\ físico} = 4,500; p < 0,0001$).

Ao nível da dimensão dor corporal, segundo o teste de comparações múltiplas *G-H*, verificamos que as pessoas com 5 ou mais doenças crónicas revelaram elevado impacto da dor nas suas tarefas de rotina comparativamente aos restantes grupos: ([3 - 4 doenças]: $d\bar{x} = -12,988; p = 0,001$; [1 - 2 doenças]: $d\bar{x} = -29,163; p < 0,0001$). Padrão semelhante ocorrera entre o grupo de pessoas com 3 a 4 doenças crónicas comparativamente às pessoas com 1 a duas doenças: ($d\bar{x} = -16,184; p < 0,0001$).

Quanto à percepção de saúde em geral, as diferenças estimadas com recurso ao *teste de comparações múltiplas Bonferroni*, apresentaram o mesmo padrão que o indicador anterior. As pessoas com maior número de doenças crónicas (≥ 5) apresentaram uma visão muito mais negativa comparativamente aos restantes grupos: ([3 – 4 doenças]: $d\bar{x} = -16,398; p < 0,0001$; [1 – 2 doenças]: $d\bar{x} = -26,037; p < 0,0001$). Também as pessoas com 3 a 4 doenças demonstraram uma visão menos positiva da sua saúde comparativamente a pessoas com 1 a 2 doenças crónicas ($d\bar{x} = -9,640; p < 0,0001$).

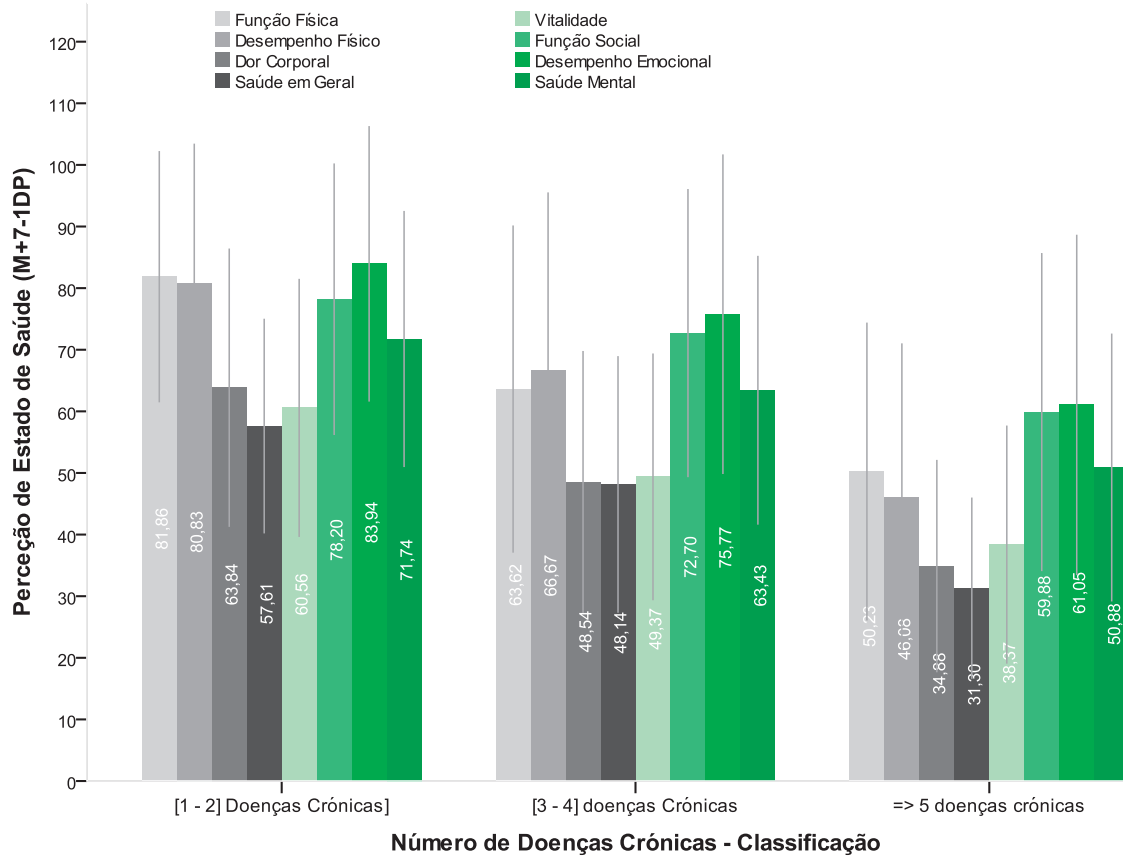
Ao nível da componente “Mental” também confirmamos que associada a uma maior frequência de doenças crónicas presentes nos habitantes em causa (≥ 5) observou-se, segundo o *teste de comparações múltiplas Bonferroni*, uma redução das dimensões de vitalidade ([3 – 4 doenças]: $d\bar{x} = -10,939; p = 0,012$; [1 – 2 doenças]: $d\bar{x} = -22,111; p < 0,0001$), função social ([3 – 4 doenças]: $d\bar{x} = -12,118; p = 0,011$; [1 – 2 doenças]: $d\bar{x} = -18,629; p < 0,0001$) e de saúde mental ([3 – 4 doenças]: $d\bar{x} = -10,449; p = 0,022$; [1 – 2 doenças]: $d\bar{x} = -19,075; p < 0,0001$). Ao nível do desempenho emocional, segundo o *teste de comparações múltiplas G-H*, também as pessoas com mais doenças crónicas apresentaram menor desempenho comparativamente às pessoas com 3 a 4 doenças ($Z = 3,019; p = 0,008$) e com 1 a 2 doenças crónicas ($Z = 5,677; p < 0,0001$). Perfil semelhante ocorreu entre as pessoas com 3 a 4 doenças face às pessoas com 1 a 2 doenças crónicas, isto é, o grupo com menos número de doenças revelou melhores resultados, de forma significativa, em todas as dimensões da componente mental comparativamente às pessoas com 3 a 4 doenças: (Vitalidade: $d\bar{x} = -11,172; p < 0,0001$ ³⁰; Função Social: $d\bar{x} = -6,510; p = 0,047$ ¹⁷⁰; Desempenho emocional: $Z = 3,013; p = 0,008$ ³¹; Saúde mental: $d\bar{x} = -8,626; p = 0,002$ ¹⁷⁰).

³⁰ - Teste de comparações múltiplas Bonferroni.

³¹ - Teste de comparações múltiplas Dunn.

No gráfico seguinte é expressa a variação média das diferentes dimensões de Estado de Saúde em função das classes de frequências de doenças crónicas:

Gráfico 23: Valores médios de Perceção Geral de Saúde em função das classes de frequência de doença crónica



De uma forma geral podemos verificar que as pessoas tendem a percecionarem um menor Estado de Saúde quanto maior é o número de doenças crónicas.

Propusemos de seguida avaliar o impacto de cada doença (tipo/grupo) na perceção geral de saúde avaliada pela escala de QVRS.

Vejam os quadros seguintes no que diz respeito às medidas que compõem a componente física.

Quadro 106: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (Componente Física) e cada tipo/grupo de doenças crónicas

Doenças Crónicas		COMPONENTE FÍSICA							
		Função Física		Desempenho Físico		Dor Corporal		Saúde em Geral	
		M±DP(n)	p	M±DP(n)	p	M±DP(n)	p	M±DP(n)	p
Diabetes	Sim	60,82±25,67(49)	<0,0001	62,63±29,76(50)	<0,0001	50,39±23,82(51)	<0,0001	43,74±18,72(50)	<0,0001
	Não	85,51±19,8(1148)		85,04±21,6(1154)		71,14±23,8(1160)		62,55±17,5(1155)	
Asma	Sim	65,23±30,22(22)	0,001	72,28±24,56(23)	<0,0001	57,54±23,41(24)	0,009	53,83±22,52(24)	0,093
	Não	84,86±20,3(1175)		84,34±22,3(1181)		70,53±24,1(1187)		61,93±17,9(1181)	
Tensão Arterial Alta	Sim	70,33±25,75(180)	<0,0001	70,33±27,25(182)	<0,0001	56,24±23,41(188)	<0,0001	50,02±18,97(185)	<0,0001
	Não	87,01±18,5(1017)		86,57±20,5(1022)		72,85±23,4(1023)		63,90±16,9(1020)	
Dor Crónica	Sim	59,22±28,99(32)	<0,0001	55,86±28,57(32)	<0,0001	36,79±19,47(33)	<0,0001	38,44±21,93(32)	<0,0001
	Não	85,39±19,9(1165)		84,88±21,7(1172)		71,21±23,6(1178)		62,40±17,4(1163)	
Doença Reumática (*)	Sim	62,80±28,16(131)	<0,0001	61,94±29,50(133)	<0,0001	44,95±21,56(136)	<0,0001	44,21±21,49(134)	<0,0001
	Não	87,17±17,8(1066)		86,87±19,7(1071)		73,47±22,5(1075)		63,96±16,2(1071)	
Osteoporose	Sim	59,43±25,84(41)	<0,0001	60,06±28,67(41)	0,023	42,93±20,83(43)	<0,0001	37,26±19,06(42)	<0,0001
	Não	85,39±19,9(1165)		84,96±21,7(1163)		71,28±23,7(1163)		62,65±17,3(1163)	
Glaucoma	Sim	64,44±26,51(9)	0,006	70,14±26,48(9)	0,001	58,00±16,38(10)	0,066	51,56±23,92(9)	0,087
	Não	84,65±20,6(1188)		84,22±22,4(1195)		70,37±24,2(1021)		61,84±17,9(1196)	
Tumor maligno/Cancro	Sim	75,23±20,80(29)	0,002	70,00±27,09(30)	0,002	54,00±24,59(30)	<0,0001	50,07±17,02(30)	<0,0001
	Não	84,73±20,6(1168)		84,47±22,2(1174)		70,68±23,9(1181)		62,06±17,9(1175)	
Pedra nos rins	Sim	74,11±25,55(44)	0,002	73,72±27,04(44)	0,001	58,07±24,65(44)	0,001	49,82±18,15(44)	<0,0001
	Não	84,90±20,4(1153)		84,51±22,1(1160)		70,73±23,9(1167)		62,22±17,8(1161)	
Insuficiência renal	Sim	54,17±31,53(6)	0,014	33,33±34,84(6)	<0,0001	35,00±16,17(6)	<0,0001	28,33±12,52(6)	<0,0001
	Não	84,65±20,5(1191)		84,37±22,1(1198)		70,45±24,0(1205)		61,93±17,8(1199)	
Ansiedade Crónica	Sim	49,37±21,12(16)	<0,0001	47,27±25,72(16)	0,003	32,50±18,54(16)	<0,0001	33,88±19,72(16)	<0,0001
	Não	84,98±20,2(1181)		84,61±21,9(1188)		70,78±23,8(1195)		62,14±17,7(1189)	
Ferida crónica	Sim	41,67±10,41(3)	0,007	22,92±25,26(3)	<0,0001	42,67±35,80(3)	0,120	40,67±31,01(3)	0,174
	Não	84,61±20,6(1194)		84,26±22,2(1201)		70,34±24,1(1208)		61,82±17,9(1202)	
Bronquite crónica (**)	Sim	54,17±24,20(12)	<0,0001	52,60±22,37(12)	0,013	45,31±25,00(13)	<0,0001	33,62±16,17(13)	<0,0001
	Não	84,81±20,4(1185)		84,43±22,2(1192)		70,54±23,9(1198)		62,07±17,8(1192)	
AVC(***)	Sim	56,50±27,89(10)	0,001	60,62±31,33(10)	<0,0001	42,27±11,52(11)	<0,0001	47,40±13,62(10)	0,011
	Não	84,74±20,4(1187)		84,31±22,2(1194)		70,53±24,1(1200)		61,89±17,9(1195)	
Obesidade	Sim	68,53±28,83(34)	<0,0001	69,49±28,65(34)	<0,0001	52,91±24,49(34)	<0,0001	54,97±20,49(34)	0,025
	Não	84,97±20,2(1163)		84,54±22,1(1170)		70,77±23,9(1177)		61,96±17,9(1171)	
Depressão	Sim	75,29±22,68(104)	<0,0001	67,68±26,11(105)	0,016	48,74±22,09(107)	<0,0001	47,67±20,63(106)	<0,0001
	Não	85,38±20,3(1093)		85,68±21,4(1099)		72,36±23,3(1104)		63,13±17,1(1099)	
Enfarte do miocárdio	Sim	47,50±31,62(8)	0,001	57,81±35,16(8)	<0,0001	52,25±23,69(8)	0,034	53,88±21,96(8)	0,213
	Não	84,75±20,4(1189)		84,29±22,2(1196)		70,39±24,1(1203)		61,82±17,9(1197)	
Outras doenças do coração	Não	85,22±19,9(1164)	<0,0001	84,77±21,7(1171)	0,008	70,78±23,9(1178)	<0,0001	62,32±17,6(1172)	<0,0001
	Sim	59,09±30,35(33)		60,61±33,24(33)		52,21±23,44(33)		42,24±20,90(33)	
Alergias e rinite	Não	85,00±20,4(1105)	<0,0001	84,71±21,9(1112)	<0,0001	71,09±23,8(1117)	<0,0001	62,21±17,6(1112)	0,012
	Sim	78,50±22,96(925)		76,83±27,31(92)		60,56±25,92(94)		56,47±20,93(93)	
Outras doenças crónicas	Não	85,02±20,5(1131)	<0,0001	84,55±22,3(1138)	0,009	70,97±23,9(1145)	<0,0001	62,42±17,6(1139)	<0,0001
	Sim	75,61±22,02(66)		76,52±22,79(66)		58,20±24,35(66)		50,44±20,40(66)	

Legenda: (*) Artrite reumatoide e doenças musculoesqueléticas. (**) Enfisema, DPOC; (***) Acidente Vascular Cerebral. M: Média; DP: Desvio Padrão. Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney; t-Student para amostras independentes.

Como podemos observar as pessoas que revelaram ser portadoras de doença crónica apresentaram significativamente piores resultados de saúde nas várias medidas da componente física.

Propusemos também a mesma estratégia de análise quanto às medidas que compõem a componente mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 107: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (Componente Mental) e cada tipo/grupo de doenças crónicas

Doenças Crónicas		COMPONENTE MENTAL							
		Vitalidade		Função Social		Desempenho Emocional		Saúde Mental	
		M±DP(n)	p	M±DP(n)	p	M±DP(n)	p	M±DP(n)	p
Diabetes	Sim	51,02±22,80(49)	<0,0001	72,55±23,9(51)	0,001	73,30±28,8(49)	<0,0001	65,80±23,7(49)	0,002
	Não	66,29±21,3(1153)		82,7±20,7(1161)		86,82±20,4(1153)		76,07±19,3(1152)	
Asma	Sim	63,75±17,15(24)	0,440	77,60±23,88(24)	0,267	78,26±27,03(23)	0,092	73,91±26,64(23)	0,664
	Não	65,71±21,6(1178)		82,38±20,9(1188)		86,43±20,9(1179)		75,68±19,5(1178)	
Tensão Arterial Alta	Sim	53,59±20,96(184)	<0,0001	74,73±23,09(188)	<0,0001	80,25±24,07(181)	<0,0001	67,39±20,63(183)	<0,0001
	Não	67,85±20,9(1018)		83,67±20,2(1024)		87,34±20,2(1021)		77,14±19,1(1018)	
Dor Crónica	Sim	42,12±25,59(33)	<0,0001	63,26±28,80(33)	<0,0001	66,67±28,24(32)	<0,0001	56,21±23,80(33)	<0,0001
	Não	66,33±21,1(1169)		82,81±20,4(1179)		86,81±20,5(1170)		76,20±19,2(1168)	
Doença Reumática (*)	Sim	48,33±22,64(135)	<0,0001	69,58±24,71(136)	<0,0001	71,80±27,11(133)	<0,0001	61,51±23,40(134)	<0,0001
	Não	67,86±20,4(1067)		83,89±19,9(1076)		88,07±19,4(1069)		77,43±18,1(1067)	
Osteoporose	Sim	42,79±19,03(43)	<0,0001	68,02±28,12(43)	<0,0001	74,39±25,37(41)	<0,0001	58,93±22,32(43)	<0,0001
	Não	66,52±21,2(1159)		82,81±20,5(1169)		86,69±20,7(1161)		76,27±19,2(1158)	
Glaucoma	Sim	57,78±21,23(9)	0,271	65,00±26,22(10)	0,021	80,56±17,18(9)	0,148	64,44±24,53(9)	0,085
	Não	65,73±21,6(1193)		82,43±20,8(1202)		86,32±21,0(1193)		75,73±19,6(1192)	
Tumor maligno/Cancro	Sim	55,67±21,04(30)	0,010	70,00±24,26(30)	0,002	81,67±24,89(30)	0,244	67,47±21,60(30)	0,021
	Não	65,92±21,5(1172)		82,59±20,8(1182)		86,39±20,9(1172)		75,86±19,5(1171)	
Pedra nos rins	Sim	55,57±20,80(44)	0,002	78,12±20,73(44)	0,095	75,76±28,06(44)	0,003	69,27±23,00(44)	0,049
	Não	66,05±21,5(1158)		82,44±20,9(1168)		86,67±20,6(1158)		75,89±19,4(1157)	
Insuficiência renal	Sim	28,33±18,89(6)	<0,0001	70,83±23,27(6)	0,110	51,39±45,77(6)	0,033	37,67±15,92(6)	<0,0001
	Não	65,85±21,4(1196)		82,34±20,9(1206)		86,45±20,7(1196)		75,84±19,5(1195)	
Ansiedade Crónica	Sim	37,19±19,58(16)	<0,0001	50,00±24,58(16)	<0,0001	52,60±25,77(16)	<0,0001	39,00±23,07(16)	<0,0001
	Não	66,05±21,3(1186)		82,71±20,6(1196)		86,73±20,6(1186)		76,15±19,1(1185)	
Ferida crónica	Sim	28,33±22,55(3)	0,017	62,50±33,07(3)	0,149	22,22±31,55(3)	0,002	41,33±28,38(3)	0,029
	Não	65,76±21,5(1199)		82,33±20,9(1209)		86,43±20,7(1199)		75,74±19,5(1198)	
Bronquite crónica (**)	Sim	51,92±17,39(13)	0,021	71,15±26,70(13)	0,054	69,44±29,16(12)	0,004	61,23±23,91(13)	0,008
	Não	65,82±21,6(1189)		82,40±20,9(1199)		86,44±20,9(1190)		75,81±19,5(1188)	
AVC	Sim	39,00±11,74(10)	<0,0001	61,36±18,07(11)	0,001	74,17±27,06(10)	0,098	58,20±19,92(10)	0,005
	Não	65,89±21,5(1192)		82,47±20,9(1201)		86,37±20,9(1192)		75,80±19,6(1191)	
Obesidade	Sim	52,50±21,44(34)	<0,0001	71,69±22,47(34)	0,002	74,75±26,23(34)	0,002	64,29±22,72(34)	0,001
	Não	66,05±21,4(1168)		82,59±20,8(1178)		86,61±20,8(1168)		75,98±19,4(1167)	
Depressão	Sim	46,36±19,81(107)	<0,0001	61,80±24,87(107)	<0,0001	68,25±25,19(105)	<0,0001	55,16±21,95(107)	<0,0001
	Não	67,55±20,8(1095)		84,26±19,4(1105)		88,00±19,7(1097)		77,65±18,2(1094)	
Enfarte do miocárdio	Sim	60,00±20,35(8)	0,456	71,88±25,66(8)	0,158	69,79±31,48(8)	0,026	77,50±15,56(8)	0,789
	Não	65,70±21,6(1194)		82,35±20,9(1204)		86,38±20,9(1194)		75,64±19,6(1193)	
Outras doenças do coração	Sim	66,13±21,3(1169)	<0,0001	82,43±20,9(1179)	0,108	86,63±20,6(1169)	0,021	75,98±19,4(1168)	0,001
	Não	49,39±24,99(33)		76,89±22,56(33)		73,74±30,84(33)		63,85±23,44(33)	
Alergias e rinite	Não	66,13±21,4(1108)	0,016	82,71±20,6(1118)	0,016	86,44±20,9(1110)	0,217	76,00±19,2(1107)	0,134
	Sim	60,16±22,72(94)		77,13±23,66(94)		84,24±22,53(92)		71,51±23,42(94)	
Outras doenças crónicas	Não	66,23±21,5(1136)	<0,0001	82,70±20,6(1146)	0,010	86,65±20,7(1137)	0,011	76,11±19,4(1135)	0,001
	Sim	55,98±20,54(66)		75,00±24,90(66)		79,74±24,56(65)		67,82±21,36(66)	

Legenda: (*) Artrite reumatoide e doenças musculoesqueléticas. (**) Enfisema, DPOC. (***) Acidente Vascular Cerebral. M: Média; DP: Desvio Padrão. Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney; t-Student para amostras independentes.

À semelhança do que ocorreu ao nível das medidas de estado de saúde físicas, também podemos constatar que as pessoas que revelaram ser portadoras de doença crónica apresentaram significativamente piores resultados de saúde nas várias medidas da componente mental.

▪ *Perfil de Saúde e respetivos Cuidados de Saúde*

Procuramos de seguida compreender como a perceção de Estado de Saúde poderia variar em função da frequência de Entidades prestadoras de Saúde. Vejamos o quadro seguinte:

De forma geral, verificamos que as pessoas que procuram duas ou mais entidades de saúde para os seus cuidados tendem a apresentar melhor perceção geral de estado de saúde, quer ao nível físico quer ao nível mental, comparativamente a pessoas que só optavam por uma entidade de saúde.

De forma específica, ao nível das dimensões da componente física, constatamos que as pessoas habitualmente procuram duas entidades de saúde revelam significativamente melhores resultados nas diferentes dimensões comparativamente às pessoas que só recorrem a uma entidade de

Quadro 108: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a frequência de entidades de Saúde

Estado de Saúde	N.º de Entidades	N	M±DP	IC95%
Função Física ^{a)} ($<0,0001$)	Uma Entidade de Saúde	610	82,53±22,13	80,77-84,29
	Duas Entidades de Saúde	429	87,55±17,52	85,89-89,22
	Três Entidades de Saúde	79	85,91±18,45	81,78-90,04
Desempenho Físico ^{a)} ($<0,0001$)	Uma Entidade de Saúde	613	82,08±23,36	80,22-83,93
	Duas Entidades de Saúde	429	87,71±19,99	85,81-89,61
	Três Entidades de Saúde	80	84,38±22,44	79,38-89,37
Dor Corporal ^{b)} ($<0,0001$)	Uma Entidade de Saúde	618	67,66±24,45	65,73-69,59
	Duas Entidades de Saúde	430	74,70±22,35	72,58-76,82
	Três Entidades de Saúde	79	69,35±24,84	63,79-74,92
Saúde em Geral ^{b)} ($p=0,242$)	Uma Entidade de Saúde	617	61,06±18,86	59,57-62,55
	Duas Entidades de Saúde	429	62,87±16,24	61,33-64,42
	Três Entidades de Saúde	78	61,08±17,55	57,12-65,04
Vitalidade ^{b)} ($<0,0001$)	Uma Entidade de Saúde	614	61,85±20,72	60,21-63,49
	Duas Entidades de Saúde	430	71,45±21,10	69,45-73,45
	Três Entidades de Saúde	78	65,96±23,12	60,75-71,17
Função Social ^{a)} ($<0,0001$)	Uma Entidade de Saúde	619	80,41±21,57	78,71-82,11
	Duas Entidades de Saúde	430	85,32±19,54	83,47-87,17
	Três Entidades de Saúde	79	83,39±20,19	78,86-87,91
Desempenho Emocional ^{a)} ($<0,0001$)	Uma Entidade de Saúde	612	84,72±21,78	82,99-86,45
	Duas Entidades de Saúde	428	88,71±19,62	86,84-90,57
	Três Entidades de Saúde	80	90,10±17,65	86,18-94,03
Saúde Mental ^{a)} ($<0,0001$)	Uma Entidade de Saúde	614	72,73±19,32	71,20-74,26
	Duas Entidades de Saúde	429	80,19±18,43	78,45-81,94
	Três Entidades de Saúde	78	78,10±19,66	73,67-82,53

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Testes: Análise da Variância a I Factor; Brown-Forsythe.

saúde (função física: $d\bar{x} = 5,020; p < 0,0001^{32}$; desempenho físico: $d\bar{x} = 5,633; p < 0,0001^{33}$; dor corporal: $d\bar{x} = 7,041; p < 0,0001^{33}$). No entanto, não se observaram diferenças significativas de perceção de saúde ao nível físico entre o grupo de pessoas que indicaram recorrer a duas instituições de saúde comparativamente a pessoas que indicaram três instituições de saúde ($p > 0,05$) e o mesmo entre estas comparativamente a pessoas que recorriam a uma só instituição de saúde.

Quanto à componente mental, também constatamos que as pessoas que recorriam a duas instituições de saúde manifestaram melhor condição de saúde nas diferentes dimensões da componente em reflexão comparativamente a pessoas que só procuravam uma entidade de para os seus cuidados de saúde: (vitalidade: $d\bar{x} = 9,602; p < 0,0001^{33}$; função social: $d\bar{x} = 4,908; p < 0,0001^{34}$; desempenho emocional: $d\bar{x} = 3,985; p = 0,006^{34}$; saúde mental: $d\bar{x} = 7,462; p < 0,0001^{34}$).

³² Teste de comparações múltiplas G-H.

³³ Teste de comparações múltiplas Bonferroni.

³⁴ Teste de comparações múltiplas G-H.

Porém, constatamos um padrão relativamente semelhante de percepção geral de saúde ao nível da componente mental entre as pessoas que indicaram consultar duas instituições de saúde e as pessoas que indicaram três instituições. O mesmo ocorrera ao nível dos grupos de pessoas com três instituições de saúde e as pessoas que escolheram só uma instituição.

Procuramos de seguida avaliar se a percepção de estado de saúde variava em função das pessoas terem ou não frequentado uma consulta médica nos últimos 3 meses. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 109: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a visita médica \leq 3 meses

Estado de Saúde		Visita ao Médico últimos 3 meses		
		N	M \pm DP	IC95%
Função Física (<0,0001)	Não	468	89,12 \pm 18,08	87,48-90,77
	Sim	729	81,53 \pm 21,65	79,96-83,11
Desempenho Físico (<0,0001)	Não	468	88,72 \pm 19,18	86,97-90,46
	Sim	736	81,19 \pm 23,80	79,46-82,91
Dor Física (<0,0001)	Não	471	78,04 \pm 21,48	76,10-79,99
	Sim	740	65,32 \pm 24,42	63,56-67,09
Saúde em Geral (<0,0001)	Não	468	66,85 \pm 16,07	65,39-68,31
	Sim	737	58,54 \pm 18,38	57,21-59,87
Vitalidade (<0,0001)	Não	467	70,56 \pm 19,77	68,77-72,36
	Sim	735	62,56 \pm 22,07	60,96-64,15
Função Social (<0,0001)	Não	471	86,44 \pm 18,83	84,73-88,14
	Sim	741	79,64 \pm 21,77	78,07-81,21
Desempenho Emocional (<0,0001)	Não	468	89,60 \pm 17,78	87,99-91,22
	Sim	734	84,15 \pm 22,58	82,52-85,79
Saúde Mental (<0,0001)	Não	467	79,07 \pm 17,12	77,51-80,63
	Sim	734	73,48 \pm 20,76	71,97-74,98

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Testes: a) Mann-Whitney; b) t-Student para amostras independentes.

Como podemos constatar, as pessoas que procuraram serviços médicos (consulta) nos últimos 3 meses revelaram possuir pior estado de saúde, quer físico quer mental ($p < 0,0001$) comparativamente às pessoas que não indicaram ter realizado.

Propusemo-nos averiguar se a frequência de visitas ao médico nos últimos 3 meses explicaria a percepção do estado de saúde dos habitantes do concelho de Coimbra.

Vejam os quadro seguinte:

De forma geral, verificamos que as pessoas registaram diferenças significativas de percepção geral de saúde (QVRS) quando avaliadas quanto à frequência de consultas nos últimos 3 meses.

De forma específica, ao nível das dimensões da componente física, constatamos que as pessoas que indicaram ter tido 3 ou mais consultas, no tempo em estudo, demonstraram piores resultados face às pessoas que indicaram ter recebido 2: (*função física*: $Z = 3,186$; $p = 0,004$; *desempenho físico*: $Z = 2,920$; $p = 0,011^{176}$; *dor corporal*: $d\bar{x} = -10,601$; $p < 0,0001$; *saúde em geral*: $d\bar{x} = -7,848$; $p = 0,001^{177}$); ou 1 consulta

Quadro 110: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a frequência da visita médica

Estado de Saúde	Frequência da Visita ao Médico	N	M±DP	IC95%
Função Física (p<0,0001)	1 Consulta	439	86,27±18,27	84,55-87,98
	2 Consultas	160	78,93±21,70	75,54-82,32
	≥ 3 Consultas	130	68,74±26,11	64,21-73,28
Desempenho Físico (p<0,0001)	1 Consulta	440	85,83±20,78	83,88-87,78
	2 Consultas	163	78,41±24,14	74,68-82,15
	≥ 3 Consultas	133	69,22±27,90	64,43-74,01
Dor Física (p<0,0001)	1 Consulta	444	71,14±22,05	69,08-73,19
	2 Consultas	163	61,37±24,71	57,55-65,19
	≥ 3 Consultas	133	50,77±24,74	46,52-55,01
Saúde em Geral (p<0,0001)	1 Consulta	441	62,80±16,53	61,26-64,35
	2 Consultas	163	55,71±18,65	52,82-58,59
	≥ 3 Consultas	133	47,86±18,99	44,60-51,11
Vitalidade (p<0,0001)	1 Consulta	439	67,89±20,39	65,98-69,81
	2 Consultas	163	58,17±22,67	54,66-61,68
	≥ 3 Consultas	133	50,31±20,68	46,77-53,86
Função Social (p<0,0001)	1 Consulta	444	83,47±19,49	81,66-85,29
	2 Consultas	164	75,76±23,03	72,21-79,31
	≥ 3 Consultas	133	71,62±24,38	67,43-75,80
Desempenho Emocional (p<0,0001)	1 Consulta	439	87,74±19,94	85,87-89,61
	2 Consultas	162	81,53±23,73	77,85-85,21
	≥ 3 Consultas	133	75,50±26,43	70,97-80,03
Saúde Mental (p<0,0001)	1 Consulta	439	78,29±17,45	76,66-79,93
	2 Consultas	162	68,53±22,15	65,09-71,97
	≥ 3 Consultas	133	63,59±24,06	59,47-67,72

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média. Testes: Kruskal-Wallis; Análise da Variância a 1 fator e *Brown-Forsythe*.

Ao nível da componente mental, podemos verificar também o mesmo padrão de percepção, isto é as pessoas que indicaram ter recebido 3 ou mais consultas nos últimos 3 meses revelaram níveis significativamente piores de saúde mental ao nível da vitalidade comparativamente às pessoas que indicaram ter recebido 2 consultas (*vitalidade*: $d\bar{x} = -7,857$; $p = 0,001^{177}$).

Também as pessoas com 3 ou mais consultas diferenciaram-se significativamente às pessoas com 1 consulta: (*vitalidade*: $d\bar{x} = -17,580$; $p < 0,0001^{35}$; *função social*: $d\bar{x} = -11,858$; $p < 0,0001^{36}$; *desempenho emocional*: $Z = 5,581$; $p < 0,0001^{37}$; *saúde mental*: $d\bar{x} = -14,700$; $p < 0,0001^{179}$).

³⁵ Teste de comparações múltiplas LSD.

³⁶ Teste de comparações múltiplas G-H.

³⁷ Teste de comparações múltiplas Dunn.

No que diz respeito ao consumo de medicamentos receitados nas últimas duas semanas e sua relação com a perceção de Estado de Saúde vejamos o quadro seguinte:

À exceção das dimensões de “Desempenho Emocional” e “Função Social”, as pessoas que consumiram medicamentos receitados nas duas últimas semanas revelaram piores índices de estado de saúde comparativamente às pessoas que não consumiram (Quadro 111).

Procuramos realizar a mesma estratégia de análise mas referente ao consumo de medicamentos não receitados. Vejamos o quadro seguinte (Quadro 112):

270

Como podemos observar, independentemente de consumirem ou não medicamentos não sujeitos a receita médica a perceção de estado de saúde revelou ser bastante semelhante ($p > 0,05$) em todas as dimensões do índice de QVRS.

Quadro 111: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e o Consumo de medicamentos com receita médica

QVRS		Consumo de Medicamentos Receitados (últimas 2 semanas)		
		N	M±DP	IC95%
Função Física (p<0,0001)	Sim	523	81,91±21,74	80,04-83,77
	Não	649	86,63±19,60	85,12-88,14
Desempenho Físico (p=0,005)	Sim	528	82,14±23,63	80,12-84,16
	Não	652	85,89±21,11	84,27-87,52
Dor corporal (p<0,0001)	Sim	529	66,24±24,65	64,14-68,35
	Não	658	73,65±22,84	71,90-75,40
Saúde em Geral (p=0,001)	Sim	527	59,87±18,52	58,28-61,46
	Não	654	63,29±17,29	61,97-64,62
Vitalidade (p<0,0001)	Sim	528	63,17±21,75	61,31-65,03
	Não	650	67,77±21,17	66,14-69,40
Função Social (p=0,084)	Sim	529	81,17±21,45	79,34-82,99
	Não	659	83,31±20,31	81,76-84,86
Desempenho Emocional (p=0,196)	Sim	527	86,05±20,51	84,30-87,81
	Não	651	86,73±21,20	85,09-88,36
Saúde Mental (p=0,032)	Sim	527	74,27±20,28	72,53-76,01
	Não	650	76,94±18,79	75,49-78,38

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média. Testes: Mann-Whitney; t-Student para amostras independentes.

Quadro 112: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e o Consumo de medicamentos sem receita médica

QVRS		Consumo de Medicamentos Não Receitados (últimas 2 semanas)		
		N	M±DP	IC95%
Função Física (p=0,936)	Sim	321	84,35±20,77	82,07-86,63
	Não	849	84,68±20,56	83,30-86,07
Desempenho Físico (p=0,538)	Sim	324	83,64±22,31	81,20-86,08
	Não	852	84,30±22,42	82,80-85,81
Dor corporal (p=0,437)	Sim	324	69,65±24,13	67,01-72,28
	Não	858	70,61±23,90	69,01-72,21
Saúde em Geral (p=0,220)	Sim	322	62,85±17,40	60,94-64,76
	Não	855	61,41±18,07	60,20-62,63
Vitalidade (p=0,647)	Sim	323	65,53±20,71	63,26-67,80
	Não	852	65,83±21,92	64,36-67,31
Função Social (p=0,317)	Sim	324	81,64±20,90	79,35-83,92
	Não	859	82,80±20,84	81,40-84,20
Desempenho Emocional (p=0,579)	Sim	324	86,19±19,73	84,03-88,35
	Não	850	86,42±21,40	84,98-87,86
Saúde Mental (p=0,655)	Sim	323	75,68±19,23	73,57-77,78
	Não	851	75,86±19,65	74,53-77,18

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média. Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney; t-Student para amostras independentes.

Procuramos também verificar se determinados cuidados preventivos de saúde poderiam influenciar a perceção de Estado de Saúde. Vejamos os quadros seguintes:

Quando questionados sobre se já teriam consultado um dentista, estomatologista, higienista, etc., a maioria indicou que sim e foram as mesmas que em média apresentaram uma melhor “Saúde em Geral”, “Vitalidade”, “Função Social”, “Desempenho Emocional” e “Saúde Mental” comparativamente às pessoas que nunca tinham consultado um profissional de saúde dentário.

Quadro 113: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a Consulta de Dentista

QVRS		Consultou um dentista...		
		N	M±DP	IC95%
Função Física (p=0,314)	Sim	1100	84,72±20,44	83,52-85,93
	Não	97	81,96±22,97	77,33-86,59
Desempenho Físico (p=0,520)	Sim	1106	84,18±22,46	82,85-85,50
	Não	98	83,36±21,98	78,95-87,76
Dor corporal (p=0,191)	Sim	1113	70,53±24,15	69,11-71,95
	Não	98	67,37±23,68	62,62-72,12
Saúde em Geral (p=0,036)	Sim	1107	62,09±17,99	61,03-63,15
	Não	98	58,11±17,45	54,61-61,61
Vitalidade (p=0,021)	Sim	1106	66,07±21,62	64,80-67,35
	Não	96	60,97±20,32	56,86-65,09
Função Social (p=0,008)	Sim	1114	82,59±21,13	81,34-83,83
	Não	98	78,83±18,52	75,12-82,54
Desempenho Emocional (p=0,040)	Sim	1105	86,54±20,91	85,30-87,77
	Não	97	83,25±21,90	78,83-87,66
Saúde Mental (p=0,002)	Sim	1105	76,09±19,58	74,93-77,24
	Não	96	70,62±19,40	66,68-74,55

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média. Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney; t-Student para amostras independentes.

Porém, as restantes dimensões não revelaram diferenças médias significativas entre as pessoas que já teriam consultado ou não um profissional da área de dentária. No entanto, as pessoas que indicaram ter já consultado um dentista tendencialmente apresentaram melhor função e desempenho físico e menor impacto da dor corporal.

Quanto aos cuidados preventivos como a realização de exames, vacinação e controlo de parâmetros de saúde, vejamos os quadros seguintes:

Quadro 114: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (medidas físicas) e cuidados preventivos

		Dimensão Física									
		Função Física		Desempenho Físico		Dor Corporal		Saúde em Geral			
		M±DP(n)	p	M±DP(n)	p	M±DP(n)	p	M±DP(n)	p		
Mamografia	Sim	80,87±20,57(506)	<0,0001	81,81±22,64(513)	0,007	65,37±24,45(512)	<0,0001	59,42±18,41(513)	0,001		
	Não	87,43±18,95(201)		85,88±21,53(200)		72,79±22,58(203)		64,70±17,54(201)			
Citologia	Sim	83,89±17,91(436)	0,902	83,32±20,94(441)	0,888	65,05±24,25(441)	0,005	61,73±18,38(441)	0,271		
	Não	80,35±24,58(227)		81,25±25,31(228)		70,06±24,54(230)		59,20±18,29(229)			
Vacina	Sim	76,49±25,65(305)	<0,0001	75,81±27,74(307)	<0,0001	61,44±26,08(310)	<0,0001	54,94±20,94(308)	<0,0001		
	Não	87,57±17,43(863)		87,32±19,20(868)		73,59±22,57(872)		64,51±16,01(868)			
Tensão Arterial	Sim	82,99±21,46(886)	<0,0001	82,85±23,15(891)	<0,0001	69,22±24,34(896)	0,007	60,72±18,53(893)	0,001		
	Não	89,43±17,16(281)		88,99±18,48(282)		73,97±22,81(282)		65,17±15,65(281)			
Colesterol	Sim	81,94±20,94(666)	<0,0001	80,07±23,50(673)	<0,0001	66,22±23,93(679)	<0,0001	59,03±19,08(675)	<0,0001		
	Não	88,54±18,84(484)		90,42±18,37(484)		76,16±22,82(483)		65,84±15,35(483)			

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n) = n.º de participantes. Testes: t-Student; Mann-Whitney.

Segundo os resultados apresentados anteriormente no que diz respeito às medidas de estado de saúde físicas constatamos que as pessoas que realizam exames, que se expõem a vacina da gripe, que controlam a sua tensão arterial e colesterol revelam uma perceção geral de saúde, na maioria dos índices, significativamente menor face às pessoas que não realizam estes comportamentos preventivos e de controlo.

Padrão semelhante ocorreu ao nível das medidas de estado saúde mental como podemos observar no quadro 115.

Quadro 115: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (medidas mentais) e cuidados preventivos

		Dimensão Mental							
		Vitalidade		Função Social		Desempenho Emocional		Saúde Mental	
		M±DP(n)	p	M±DP(n)	p	M±DP(n)	p	M±DP(n)	p
Mamografia	Sim	61,49±21,84(511)	0,012	79,39±22,12(513)	0,041	84,64±21,54(512)	0,324	72,43±21,17(511)	0,059
	Não	66,06±21,31(202)		83,13±20,29(203)		86,21±21,41(200)		76,06±18,69(202)	
Citologia	Sim	60,43±20,28(441)	0,004	78,79±21,74(442)	0,029	84,64±20,76(440)	0,430	71,69±19,75(441)	0,006
	Não	64,59±23,71(228)		81,96±21,65(230)		84,39±23,58(228)		74,72±21,42(228)	
Vacina	Sim	60,82±23,25(307)	<0,0001	77,02±23,22(310)	<0,0001	80,54±26,02(307)	<0,0001	71,08±22,16(307)	<0,0001
	Não	67,58±20,58(866)		84,45±19,55(873)		88,50±18,40(866)		77,42±18,23(865)	
Tensão Arterial	Sim	65,49±22,09(889)	0,955	82,18±21,09(897)	0,638	85,53±21,64(890)	0,019	75,65±19,99(888)	0,491
	Não	66,45±19,28(282)		83,20±19,98(282)		89,47±18,06(281)		75,71±18,36(282)	
Colesterol	Sim	61,90±21,14(671)	<0,0001	79,84±21,13(679)	<0,0001	83,58±22,11(672)	<0,0001	73,21±20,13(670)	<0,0001
	Não	70,93±20,51(484)		86,42±19,26(484)		90,51±18,28(483)		79,10±17,99(484)	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n) = n.º de participantes. Testes: t-Student; Mann-Whitney.

2.2.3 Perceção de Estado de Saúde e os Determinantes de Saúde

Nesta parte do nosso estudo procuramos avaliar a relação de determinados fatores (hábitos, costumes e estilos de vida) que poderiam explicar a variabilidade da perceção de estado de saúde da população do concelho de Coimbra.

2.2.3.1 PERFIL DE SAÚDE E HÁBITOS TABÁGICOS

Procuramos de seguida compreender como a perceção de estado e saúde variava em função da presença/ausência de hábitos tabágicos e outros comportamentos de consumo em função do tipo de fumador. O quadro seguinte compreende a relação entre o tipo de fumador e sua relação com a perceção de estado de saúde:

Quadro 116: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e tipo de fumador

QVRS	Hábitos Tabágicos					
	Fumador		Ex-Fumador		Não fumador	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p<0,0001)	90,43±13,95 (249)	88,68-92,12	84,97±21,56 (167)	81,68-88,26	82,47±21,90 (771)	80,92-84,01
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,0001)	90,71±16,65 (249)	88,64-92,79	84,03±23,23 (171)	80,52-87,53	82,07±23,42 (774)	80,42-83,72
DOR CORPORAL (p<0,001)	77,30±22,64 (250)	74,48-80,12	70,65±23,84 (172)	67,06-74,24	67,95±24,10 (778)	66,26-69,65
SAÚDE GERAL (p<0,001)	66,28±13,85 (248)	64,55-68,02	64,14±19,56 (171)	61,18-67,09	59,90±18,45 (775)	58,60-61,20
VITALIDADE (p=0,003)	72,23±20,32 (249)	69,69-74,77	68,28±19,37 (169)	65,34-71,23	63,18±21,75 (774)	61,65-64,72
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,2298)	86,20±19,87 (250)	83,73-88,68	81,54±22,19 (172)	78,20-84,88	81,27±20,86 (779)	79,81-82,74
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,1312)	90,96±17,27 (249)	88,81-93,12	87,89±20,45 (170)	84,80-90,99	84,56±21,85 (773)	83,02-86,11
Saúde Mental (p=0,3553)	80,45±18,34 (249)	78,16-82,74	76,35±18,63 (168)	73,51-79,18	74,10±19,86 (774)	72,69-75,50

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Testes: Análise de Variância a I fator para amostras independentes e Brown-Forsythe.

Ao nível das medidas físicas verificamos a presença de diferenças estatisticamente significativas em função do tipo de fumador. Com recurso ao teste de comparações múltiplas G-H, verificamos

que as pessoas fumadoras apresentaram melhores resultados de saúde física comparativamente aos restantes grupos: (função física: $d\bar{x}_{ex-fumador} = 5,455; p = 0,012; d\bar{x}_{n\tilde{a}o\ fumador} = 7,960; p < 0,0001$; desempenho físico: $d\bar{x}_{ex-fumador} = 6,685; p = 0,004; d\bar{x}_{n\tilde{a}o\ fumador} = 8,645; p < 0,0001$; saúde em geral: $d\bar{x}_{n\tilde{a}o\ fumador} = 6,384; p < 0,0001$), como também ao nível do impacto da dor corporal, segundo o teste de comparações múltiplas LSD, (dor corporal: $d\bar{x}_{ex-fumador} = 6,645; p = 0,005; d\bar{x}_{n\tilde{a}o\ fumador} = 9,342; p < 0,0001$).

Ao nível da dimensão vitalidade, verificamos segundo os resultados do teste de comparações múltiplas LSD, a presença de diferenças significativas entre os fumadores e os não fumadores. Os primeiros revelaram melhores índices de energia e vigor comparativamente às pessoas não fumadoras ($d\bar{x} = 9,049; p < 0,0001$).

As restantes dimensões não revelaram diferenças médias entre o tipo de fumador, no entanto, as pessoas fumadoras apresentaram resultados mais elevados comparativamente aos ex-fumadores e não fumadores.

▪ *Fumadores Ativos*

Propusemos de seguida avaliar o impacto de determinadas características dos fumadores ativos na perceção geral de saúde. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 117: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e hábitos tabágicos

		QVRS							
		Componente Física			V		Componente Mental		
		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
Anos de consumo	r	-0,199**	-0,136*	-0,127*	-0,139*	-0,080	-0,005	-0,038	-0,084
	n	246	246	247	245	246	247	246	246

Legenda: r: Coeficiente de Correlação; (n) = n.º de participantes; FF – Função Física; DF – Desempenho Físico; DC – Dor Corporal; SG – Saúde Geral; V – Vitalidade; FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental. Teste: Coeficiente de Correlação Linear de Pearson.
 *** $p < 0,0001$; ** $p < 0,01$; * $p \leq 0,05$

Quanto à correlação entre o número de anos de consumo dos fumadores a sua variação quanto à perceção geral de estado de saúde, quer ao nível da componente física quer ao nível da componente mental, constatamos que ao maior número de anos de consumo observou-se uma relação inversa ao nível da função e do desempenho físico bem como uma maior limitação nas atividades diárias associadas ao impacto da dor corporal e uma menor perceção geral de saúde. No que diz respeito às medidas mentais, não se observara uma variação entre o número de anos de consumo e a perceção de estado de saúde.

Propusemos também avaliar o tipo de consumo (frequência) e a sua relação com a percepção de estado de saúde (QVRS). Reagrupamos a variável fumador do tipo de consumo “muito raramente” com os fumadores que indicaram fumar “ocasionalmente”. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 118: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e tipo de fumador

QVRS	Hábitos Tabágicos			
	Fumador Ocasional		Fumador Diário	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,362)	87,96±16,77 (27)	81,33-94,60	90,75±13,58 (220)	88,95-92,56
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,263)	87,96±18,82 (27)	80,52-95,41	91,08±16,45 (220)	88,89-93,27
DOR CORPORAL (p=0,053)	69,67±23,52 (27)	60,36-78,97	78,32±22,43 (221)	75,34-81,29
SAÚDE GERAL (p=0,944)	65,70±20,42 (27)	57,63-73,78	66,40±12,94 (219)	64,68-68,13
VITALIDADE (p=0,267)	68,70±20,46 (27)	60,61-76,80	72,75±20,31 (220)	70,05-75,4
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,269)	84,26±18,54 (27)	76,93-91,59	86,48±20,06 (221)	83,82-89,14
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,847)	90,43±19,30 (27)	82,80-98,07	91,10±17,10 (220)	88,83-93,37
Saúde Mental (p=0,469)	78,22±19,86 (27)	70,37-86,08	80,78±18,20 (220)	78,36-83,20

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Wilcoxon-Mann-Whitney.

Como podemos observar, não se registaram diferenças significativas entre as pessoas que indicaram fumar ocasionalmente comparativamente às pessoas que fumavam diariamente no que diz respeito à sua percepção geral de saúde.

Propusemos também avaliar a relação entre a percepção de saúde em função dos fumadores terem ou não alterado os seus hábitos tabágicos. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 119: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e alteração dos hábitos tabágicos face à marca

ESTADO DE SAÚDE	ALTEROU O CONSUMO			
	Sim		Não	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,257)	91,58±12,43 (121)	89,42-93,92	89,56±15,23 (125)	86,86-92,26
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,437)	90,29±18,06 (121)	87,57-93,89	91,90±14,20 (125)	89,39-94,41
DOR CORPORAL (p=0,840)	77,36±22,97 (121)	73,23-81,57	77,94±22,19 (126)	74,43-82,18
SAÚDE EM GERAL (p=0,628)	66,89±13,05 (120)	64,53-69,25	66,03±14,58 (125)	63,45-68,61
VITALIDADE (p=0,529)	73,39±20,30 (121)	69,82-77,18	71,76±20,18 (125)	68,19-75,33
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,532)	87,29±20,28 (121)	83,61-90,97	85,71±19,35 (126)	82,61-89,39
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,590)	90,63±18,50 (121)	87,68-94,26	91,80±15,34 (125)	89,09-94,51
SAÚDE MENTAL (p=0,409)	79,77±19,17 (121)	76,19-83,14	81,70±17,33 (125)	78,63-84,76

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes.

Não se registou uma diferenciação significativa da percepção geral de saúde, quer ao nível da componente mental quer física em função, da alteração do consumo de tabaco associado à marca ($p > 0,05$). No entanto, podemos afirmar que as pessoas que indicaram ter alterado o consumo de tabaco em função da marca demonstraram uma ligeira melhoria da sua função física, vitalidade e função social face às pessoas que indicaram não ter alterado os seus hábitos.

Também procuramos explorar o comportamento de fumadores quanto às tentativas de deixar de fumar e como se refletiu na sua percepção geral de saúde. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 120: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e alteração dos hábitos tabágicos e ajuda médica

ESTADO DE SAÚDE	DEIXAR DE FUMAR			
	Sim		Não	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA ($p < 0,0001$)	86,49±14,66 (108)	83,73-89,37	93,70±12,70 (135)	91,54-95,86
DESEMPENHO FÍSICO ($p < 0,0001$)	85,47±19,91 (108)	82,20-89,65	94,72±12,50 (135)	92,59-96,85
DOR CORPORAL ($p < 0,0001$)	67,73±25,87 (108)	62,71-72,67	84,84±16,40 (136)	82,54-87,92
SAÚDE EM GERAL ($p = 0,002$)	63,20±15,95 (107)	60,14-66,25	69,04±11,26 (135)	67,13-70,96
VITALIDADE ($p < 0,0001$)	62,82±21,13 (108)	58,78-66,92	79,85±16,31 (135)	77,08-82,63
FUNÇÃO SOCIAL ($p < 0,0001$)	79,28±22,94 (108)	74,79-83,62	91,91±15,18 (136)	89,70-94,74
DESEMPENHO EMOCIONAL ($p < 0,0001$)	84,95±21,48 (108)	81,20-89,36	95,56±11,33 (135)	93,63-97,48
SAÚDE MENTAL ($p < 0,0001$)	73,15±20,76 (108)	68,99-76,95	86,22±13,84 (135)	83,87-88,58

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes.

Segundo os resultados apresentados no quadro anterior verificamos a presença de diferenças médias estatisticamente significativas entre os fumadores que já teriam procurado deixar de fumar face aos que nunca tentaram.

No que diz respeito à Componente física verificamos que as pessoas que tentaram deixar de fumar padeciam de pior condição física tanto ao nível da função como do desempenho físico com maior impacto da dor na sua atividade diária e que a sua saúde em geral era significativamente pior face às pessoas que nunca teriam tentado deixado de fumar.

Ao nível da componente mental também as pessoas que já teriam tentado abandonar o consumo de tabaco tinham menor energia, uma função social e desempenho emocional mais reduzido e com pior bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que até à atualidade nunca tentaram deixar de fumar.

Quando avaliamos as pessoas que já teriam tentado deixar de fumar e se teriam recorrido a ajuda médica (especializada), vejamos o quadro seguinte:

Quadro 121: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e abandono do consumo de tabaco com ajuda médica

ESTADO DE SAÚDE	RECORREU A AJUDA MÉDICA			
	Sim		Não	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,185)	83,28±16,71 (29)	76,92-89,63	87,67±13,77 (79)	84,65-90,88
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,318)	81,25±23,21 (29)	72,42-90,08	87,03±18,47 (79)	83,67-91,65
DOR CORPORAL (p=0,421)	64,10±27,43 (29)	53,67-74,54	69,06±25,33 (79)	63,28-74,77
SAÚDE EM GERAL (p=0,696)	62,79±17,72 (29)	56,05-69,53	63,35±15,36 (78)	59,88-66,81
VITALIDADE (p=0,073)	56,90±21,77 (29)	48,62-65,18	65,00±20,60 (79)	60,39-69,74
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,166)	73,28±25,38 (29)	63,62-82,93	81,49±21,73 (79)	76,48-86,34
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,096)	77,87±25,32 (29)	68,24-87,51	87,55±19,42 (79)	83,73-92,33
SAÚDE MENTAL (p=0,133)	67,31±23,86 (29)	58,24-76,39	75,29±19,22 (79)	70,74-79,42

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Wilcoxon-Mann-Whitney.

Não se registaram diferenças significativas de perceção geral de saúde entre os fumadores que procuraram ou não ajuda médica ($p>0,05$). Porém, as pessoas que procuraram ajuda especializada tendencialmente expressaram índices de estado de saúde relativamente inferiores aos que não o fizeram.

276

▪ *Ex-Fumadores*

Propusemos também avaliar a perceção de estado de saúde nas pessoas que eram ex-fumadoras quanto ao número de anos de consumo. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 122: Relação entre a Perceção de Estado de Saúde (QVRS) e hábitos tabágicos em ex-fumadores

ANOS DE CONSUMO	r	QVRS							
		Componente Física				Componente Mental			
		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
	n	-0,224**	-0,232**	-0,323***	-0,237**	-0,157*	-0,264**	-0,140	-0,091
		160	164	165	164	162	165	163	161

Legenda: r: Coeficiente de Correlação; (n) = n.º de participantes; FF- Função Física; DF - Desempenho Físico; DC - Dor Corporal; SG - Saúde Geral; V - Vitalidade; FS - Função Social; DE - Desempenho Emocional; SM - Saúde Mental. Teste: Coeficiente de Correlação Linear de Pearson.
 ***p<0,0001; **p<0,01; *p≤0,05

Constatamos um padrão de variação estatisticamente significativo entre o número de anos de consumo em ex-fumadores e a perceção geral de saúde, quer ao nível físico quer ao nível mental. Verificou-se uma correlação negativa em todas as dimensões da componente física, isto é, ao maior número de anos de hábitos tabágicos observou-se a presença de menor qualidade de vida ao nível da função e do desempenho físico bem como maior impacto da dor corporal na vida diária de cada ex-fumador bem como uma perceção de saúde geral pior.

Também nas medidas da componente mental como a vitalidade e a função social revelaram estar mais diminuídas perante o maior número de anos de consumo de tabaco em ex-fumadores.

Procuramos também avaliar de que forma a frequência de consumo nos ex-fumadores e a sua relação com a perceção geral de saúde. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 123: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e tipo de consumo em ex-fumadores

ESTADO DE SAÚDE	FREQUÊNCIA DE CONSUMO			
	Ocasional		Diário	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,891)	84,38±24,07 (16)	71,55-97,20	85,44±20,92 (148)	82,04-88,84
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,252)	86,72±23,92 (16)	73,97-99,47	83,59±23,39 (152)	79,84-87,34
DOR CORPORAL (p=0,240)	76,80±26,18 (15)	62,30-91,30	70,03±23,60 (154)	66,28-73,79
SAÚDE EM GERAL (p=0,20)	69,20±19,49 (15)	58,41-79,99	63,58±19,61 (153)	60,44-66,71
VITALIDADE (p=0,694)	70,00±21,21 (15)	58,25-81,75	68,11±19,41 (151)	64,99-71,23
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,234)	86,67±20,30 (15)	75,42-97,91	81,01±22,33 (154)	77,45-84,56
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,272)	91,67±18,26 (16)	81,94-101,40	87,58±20,61 (151)	84,27-90,90
SAÚDE MENTAL (p=0,142)	82,93±15,67 (15)	74,25-91,61	75,88±18,70 (150)	72,86-78,90

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Teste Wilcoxon-Mann-Whitney

Constatamos a ausência de diferenças significativas entre a frequência de consumo de tabaco e a sua relação com a perceção geral e atual de estado de saúde ($p > 0,05$).

No entanto, não podemos deixar de referir que, à exceção da dimensão “função física” as restantes dimensões, quer da componente física quer da componente mental, apresentaram resultados tendencialmente piores em pessoas que fumavam diariamente comparativamente às pessoas que indicaram fumar ocasionalmente.

2.2.3.2 PERFIL DE SAÚDE E HÁBITOS ALIMENTARES

Propusemos avaliar a frequência de refeições diárias praticadas pelos nossos inquiridos e o seu impacto ao nível da percepção geral de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 124: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a frequência de refeições diárias

QVRS	Refeições/Dia					
	< 3 refeições/dia		[3 a 5] refeições/dia		≥ 6 refeições/dia	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,161)	78,61±25,86 (49)	71,18-86,03	84,68±20,64 (1078)	83,45-85,91	85,56±16,44 (60)	81,31-89,80
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,734)	79,72±27,85 (49)	71,72-87,72	84,32±22,13 (1086)	83,00-85,64	84,85±22,09 (59)	79,10-90,61
DOR CORPORAL (p=0,212)	63,10±30,48 (49)	54,35-71,86	70,67±23,68 (1091)	69,26-72,07	67,93±24,73 (60)	61,54-74,32
SAÚDE GERAL (p=0,567)	60,00±21,40 (49)	53,85-66,15	61,71±17,68 (1085)	60,66-62,76	64,38±20,38 (60)	59,12-69,65
VITALIDADE (p=0,013)	56,22±24,93 (49)	49,06-63,38	66,04±21,25 (1083)	64,77-67,31	68,14±21,38 (60)	62,62-73,66
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,001)	70,15±24,98 (49)	62,98-77,33	82,73±20,72 (1092)	81,50-83,96	84,38±18,79 (60)	79,52-89,23
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,015)	82,14±21,38 (49)	76,00-88,28	86,17±21,19 (1084)	84,91-87,43	92,94±14,50 (59)	89,16-96,72
Saúde Mental (p=0,002)	64,90±22,68 (49)	58,38-71,41	76,12±19,40 (1082)	74,96-77,28	77,87±15,14 (60)	73,96-81,78

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Teste Kruskal-Wallis. Teste de Comparações Múltiplas não paramétrico Dunn.

Segundo os resultados apresentados no quadro anterior não se verificaram diferenças significativas ao nível das medidas de estado de saúde ao nível da componente física em função da frequência de refeições diárias que os nossos habitantes em estudo autodeclararam. No entanto, podemos verificar que, em média, as pessoas que tinham por hábito realizar 6 refeições diárias ou entre 3 a 5 refeições diárias apresentaram melhor percepção de saúde ao nível da componente física comparativamente às pessoas que indicaram consumir menos de 3 refeições/dia.

Quanto às medidas de estado de saúde mental, constatamos a presença de diferenças de percepção de saúde estatisticamente significativas em função do tipo de prática de refeições diárias. Numa análise mais detalhada em função das dimensões correspondentes à componente mental e com recurso ao teste comparações múltiplas *Dunn*, verificamos que as pessoas que declaram consumir menos de 3 refeições/dia revelaram piores resultados comparativamente aos restantes grupos em estudo quanto à *vitalidade* ($Z_{[3-5]refeições/dia} = -2,753; p = 0,018; Z_{\geq 6 refeições/dia} = -2,704; p = 0,021$), *função social* ($Z_{[3-5]refeições/dia} = -3,745; p = 0,001; Z_{\geq 6 refeições/dia} = -3,137; p = 0,005$), *desempenho emocional* ($Z_{\geq 6 refeições/dia} = -2,790; p = 0,016$) e *saúde mental* ($Z_{[3-5]refeições/dia} = -3,528; p = 0,001; Z_{\geq 6 refeições/dia} = -2,733; p = 0,019$). Também as pessoas que autodeclararam consumir 6 ou mais refeições/dia revelaram melhor desempenho emocional comparativamente às pessoas que indicaram consumir entre [3-5] refeições/dia ($Z = -2,436; p = 0,045$).

Procuramos avaliar se as pessoas tinham por hábito praticar refeições diárias fora do seu domicílio e se teria algum impacto na perceção geral de saúde. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 125: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e o local para a realização de refeições diárias

ESTADO DE SAÚDE	REFEIÇÕES FORA DO DOMICÍLIO				
	M±DP (n)	Não		Sim	
		IC95	M±DP (n)	IC95	
FUNÇÃO FÍSICA (p<0,0001)	74,09±26,25 (347)	71,32-76,86	88,97±16,07 (826)	87,87-90,07	
DESEMPENHO FÍSICO (p<0,0001)	73,96±27,28 (348)	71,09-76,84	88,77±17,99 (829)	87,55-90,00	
DOR CORPORAL (p<0,0001)	62,45±25,59 (350)	59,76-65,14	74,01±22,43 (831)	72,49-75,54	
SAÚDE EM GERAL (p<0,0001)	54,70±19,30 (349)	52,67-56,73	64,95±16,42 (828)	63,83-66,07	
VITALIDADE (p<0,0001)	58,67±22,13 (346)	56,33-61,01	68,92±20,40 (828)	67,53-70,31	
FUNÇÃO SOCIAL (p<0,0001)	76,75±22,83 (350)	74,35-79,15	85,09±19,39 (831)	83,77-86,41	
DESEMPENHO EMOCIONAL (p<0,0001)	79,55±25,57 (346)	76,85-82,26	89,46±17,63 (829)	88,25-90,66	
SAÚDE MENTAL (p<0,0001)	69,73±20,54 (346)	67,55-71,90	78,54±18,04 (828)	77,31-79,77	

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média
 Teste t-Student para amostras independentes

Segundo o quadro anterior, podemos verificar que, em média, as pessoas que indicaram consumir refeições fora de casa apresentaram significativamente melhor perceção de saúde comparativamente às pessoas que indicaram não o fazer. Propusemos de seguida avaliar a frequência de refeições fora do domicílio e o seu impacto na perceção geral de saúde. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 126: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a frequência de refeições diárias fora de casa por semana.

QVRS	Refeições/Dia fora de casa					
	< 5 refeições/semana		[5 a 10] refeições/semana		> 10 refeições/semana	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p<0,0001)	84,67±20,45 (271)	82,23-87,12	91,26±12,69 (544)	90,19-92,33	81,36±20,50 (11)	67,59-95,14
DESEMPENHO FÍSICO (p<0,0001)	82,90±22,11 (272)	80,26-85,54	92,02±14,19 (546)	90,83-93,21	72,73±27,99 (11)	53,92-91,53
DOR CORPORAL (p<0,0001)	68,68±25,01 (273)	65,70-71,66	76,84±20,36 (547)	75,13-78,55	65,91±28,76 (11)	46,59-85,23
SAÚDE GERAL (p<0,0001)	61,83±19,74 (271)	59,47-64,19	66,78±14,12 (546)	65,59-67,97	51,36±15,67 (11)	40,84-61,89
VITALIDADE (p<0,0001)	63,57±20,60 (272)	61,11-66,03	71,78±19,55 (545)	70,13-73,42	60,00±28,28 (11)	41,00-79,00
FUNÇÃO SOCIAL (p<0,0001)	79,99±21,16 (273)	77,47-82,51	87,77±17,90 (547)	86,27-89,28	78,41±19,44 (11)	65,35-91,47
DESEMPENHO EMOCIONAL (p<0,0001)	84,90±20,18 (272)	82,49-87,30	92,00±15,31 (546)	90,72-93,29	75,76±28,25 (11)	56,78-94,74
Saúde Mental (p<0,0001)	73,51±19,89 (272)	71,13-75,88	81,02±16,54 (545)	79,63-82,41	80,00±16,97 (11)	68,60-91,40

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média
 Teste Kruskal-Wallis. Teste de Comparações Múltiplas não paramétrico Dunn.

Segundo os resultados anteriores, podemos verificar a presença de diferenças estatisticamente significativas quanto à frequência de refeições praticadas fora de casa autodeclaradas em função dos diferentes índices que compõem as componentes física e mental.

Com recurso ao teste comparações múltiplas *Dunn*, verificamos que as pessoas que declaram consumir [5-10] refeições/dia fora de casa revelaram melhores resultados de saúde comparativamente às pessoas que consomem menos 5 de refeições fora de casa ($Z_{função\ física} = -4,204; p < 0,0001; Z_{desempenho\ físico} = -5,740; p < 0,0001; Z_{dor\ corporal} = -4,508; p < 0,0001; Z_{saúde\ em\ geral} = -3,821; p < 0,0001; Z_{vitalidade} = -5,717; p < 0,0001; Z_{função\ social} = -5,704; p < 0,0001; Z_{desempenho\ emocional} = -5,385; p < 0,0001; Z_{saúde\ mental} = -5,456; p < 0,0001$) bem como comparativamente às pessoas que indicaram consumir mais de 10 refeições por semana fora de casa ($Z_{desempenho\ físico} = 2,662; p = 0,023; Z_{saúde\ em\ geral} = 2,945; p = 0,010$).

No entanto, não se registaram diferenças entre os grupos com menos de 5 refeições fora de casa durante a semana e as pessoas que indicaram consumir mais de 10 refeições por semana no que diz respeito às medidas de estado de saúde quer físico quer mental. Porém, podemos afirmar que as pessoas que indicaram ter menor número de frequência de refeições por semana fora de casa demonstraram, em média, melhores resultados de saúde na maioria dos índices de QVRS comparativamente às pessoas que realizavam mais de 10 refeições por semana fora de casa.

Propusemos conhecer se já alguma vez os inquiridos teriam alterado os seus hábitos alimentares e se de certa forma esta teria impacto na perceção geral de saúde. Vejamos quadro seguinte:

Quadro 127: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a alteração dos hábitos alimentares

ESTADO DE SAÚDE	ALTERAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES			
	Sim		Não	
	M±DP (n)	IC95	M±DP (n)	IC95
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,015)	81,17±20,42 (188)	78,23-84,11	85,20±20,70 (978)	83,90-86,49
DESEMPENHO FÍSICO (p<0,0001)	77,99±23,55 (190)	74,62-81,36	85,43±21,78 (981)	84,07-86,80
DOR CORPORAL (p=0,007)	65,87±25,43 (193)	62,26-69,48	71,26±23,64 (984)	69,78-72,73
SAÚDE EM GERAL (p=0,001)	57,61±19,47 (191)	54,83-60,39	62,64±17,59 (980)	61,53-63,74
VITALIDADE (p=0,005)	61,79±19,79 (190)	58,96-64,62	66,63±21,81 (979)	65,27-68,00
FUNÇÃO SOCIAL (p<0,0001)	77,40±21,69 (193)	74,32-80,48	83,41±20,62 (985)	82,12-84,70
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,015)	82,98±19,95 (189)	80,12-85,84	87,00±21,00 (980)	85,68-88,31
SAÚDE MENTAL (p=0,009)	72,47±19,36 (189)	69,69-75,25	76,51±19,39 (979)	75,30-77,73

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Teste t-Student para amostras independentes

Como podemos constatar, observaram-se diferenças médias estatisticamente significativas de perceção geral de saúde em todos os índices quer ao nível da componente física quer ao nível da componente mental. As pessoas que indicaram ter alterado os seus hábitos alimentares nos últimos tempos demonstraram uma perceção de saúde bastante mais reduzida comparativamente às pessoas que indicaram não o terem feito.

Face ao exposto, procuramos avaliar se as pessoas que indicaram ter alterado os seus hábitos alimentares a perceção geral de saúde é diferente em função do tempo em que já teriam assumido essa alteração dos hábitos alimentares. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 128: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a alteração dos hábitos alimentares (tempo)

QVRS	Tempo de Alteração dos Hábitos Alimentares					
	< 1 ano		[1 a 5] anos		=> 6 anos	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,105)	80,14±18,01 (35)	73,96-86,33	85,00±17,39 (88)	81,32-88,68	77,28±24,00 (57)	70,91-83,65
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,202)	73,96±25,02 (36)	65,49-82,42	81,88±20,57 (90)	77,57-86,18	75,22±26,27 (56)	68,19-82,26
DOR CORPORAL (p=0,481)	61,47±26,04 (36)	52,66-70,28	67,02±25,55 (90)	61,67-72,37	67,36±25,46 (59)	60,72-73,99
SAÚDE GERAL (p=0,676)	55,31±19,13 (36)	48,83-61,78	59,02±17,29 (90)	55,40-62,64	58,18±22,78 (57)	52,13-64,22
VITALIDADE (p=0,218)	57,22±19,47 (36)	50,63-63,81	63,09±18,78 (89)	59,13-67,05	63,33±21,88 (57)	57,53-69,14
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,136)	72,22±25,72 (36)	63,52-80,93	81,39±18,95 (90)	77,42-85,36	75,00±22,98 (59)	69,01-80,99
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,223)	77,08±24,67 (36)	68,74-85,43	85,96±16,46 (89)	82,49-89,42	82,59±21,10 (56)	76,94-88,24
Saúde Mental (p=0,023)	64,37±22,64 (35)	56,59-72,15	76,40±15,50 (89)	73,14-79,67	72,14±21,79 (57)	66,36-77,92

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média
 Teste Kruskal-Wallis. Teste de Comparações Múltiplas não paramétrico Dunn.

Como podemos verificar no quadro anterior, só se registaram diferenças médias significativas ao nível do índice de saúde mental entre os grupos de intervalo em que se observou a alteração dos hábitos alimentares. Segundo o teste de comparações múltiplas não paramétrico *Dunn*, verificamos que as pessoas que indicaram ter alterado os seus hábitos alimentares à menos de 1 ano apresentaram significativamente pior bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que indicaram ter alterado os hábitos há mais tempo ($Z_{[1-5] \text{ anos}} = -2,730; p = 0,006; Z_{\geq 6 \text{ anos}} = -2,049; p = 0,041$).

No entanto também podemos acrescentar que as pessoas que indicaram ter alterado os seus hábitos alimentares há menos de 1 ano, na maioria dos índices revelaram pior condição de saúde, quer física quer mental, face aos grupos de pessoas com mais anos de alteração dos respetivos hábitos, apesar das diferenças de perceção não serem significativas.

2.2.3.3 PERFIL DE SAÚDE E HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL

Nesta parte procuramos realizar a mesma estratégia de análise que foi preconizada nos estilos de vida anteriormente apresentados. O quadro seguinte apresenta os resultados de percepção geral de saúde em função dos hábitos de consumo de álcool.

Quadro 129: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e hábitos de consumo de álcool

ESTADO DE SAÚDE	HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL			
	Sim		Não ^(a)	
	M±DP (n)	IC95	M±DP (n)	IC95
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,004)	86,32±19,57 (515)	84,63-88,02	83,68±20,55 (638)	82,09-85,28
DESEMPENHO FÍSICO (p<0,191)	85,02±22,43 (517)	83,08-86,96	84,04±21,77 (643)	82,36-85,73
DOR CORPORAL (p=0,190)	71,37±23,46 (521)	69,36-73,39	69,62±24,22 (644)	67,75-71,50
SAÚDE EM GERAL (p=0,070)	63,06±16,78 (519)	61,61-64,51	61,18±18,48 (642)	59,75-62,61
VITALIDADE (p=0,129)	67,31±20,76 (516)	65,51-69,10	64,89±21,80 (642)	63,20-66,58
FUNÇÃO SOCIAL (p<0,210)	84,12±18,48 (521)	82,53-85,71	81,34±22,19 (645)	79,62-83,05
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,063)	87,99±19,63 (515)	86,29-89,69	85,45±21,62 (643)	83,77-87,12
SAÚDE MENTAL (p=0,028)	77,82±17,69 (515)	76,29-79,35	74,50±20,65 (642)	72,90-76,10

Legenda: (a): Exclui ex-consumidores. M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média. Teste t-Student para amostras independentes e Wilcoxon-Mann-Whitney.

Como podemos constatar, as pessoas que indicaram não consumir álcool (excluídos o ex-consumidores) apresentaram significativamente pior função física, menor bem-estar psicológico e tendencialmente níveis mais baixos de desempenho emocional e saúde em geral. Nos restantes índices, não se observaram diferenças médias significativas, no entanto, as pessoas que indicaram não beber tendencialmente demonstraram piores resultados de QVRS.

282

▪ Consumidores Ativos

Propusemos de seguida avaliar a relação, quanto aos consumidores de álcool, entre o número de anos de consumo e o seu impacto na percepção geral de saúde. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 130: Correlação entre a Qualidade de Vida Relacionada e o número de anos de consumo de álcool

NÚMERO DE ANOS DE CONSUMO	QVRS							
	r	Componente Física				Componente Mental		
		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE
n	-0,453***	-0,414***	-0,282***	-0,382***	-0,252***	-0,169***	-0,238***	-0,179***
	446	447	449	448	447	449	446	446

Legenda: FF- Função Física; DF - Desempenho Físico; DC - Dor Corporal; SG - Saúde Geral; V - Vitalidade; FS - Função Social; DE - Desempenho Emocional; SM - Saúde Mental.
Teste de Correlação Linear de Pearson (r).***p<0,0001

Segundo os resultados apresentados no quadro anterior, podemos afirmar que as pessoas que indicaram consumir há menos anos álcool de forma regular também revelam um padrão de percepção geral de saúde significativamente melhor, quer ao nível físico quer ao nível mental.

Procuramos também explorar a relação entre o início do consumo de álcool antes dos 18 anos (adolescência) ou já na vida adulta e a percepção geral de saúde no momento presente. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 131: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e hábitos de consumo de álcool (idade de início)

ESTADO DE SAÚDE	HÁBITOS DE CONSUMO DE ALCÓOL			
	< 18 anos		≥ 18 anos	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,854)	86,96±19,79 (219)	84,33-89,60	86,63±18,05 (227)	84,27-88,99
DESEMPENHO FÍSICO (p<0,228)	86,56±21,41 (220)	83,72-89,41	84,33±22,90 (227)	81,34-87,33
DOR CORPORAL (p=0,012)	74,21±22,73 (220)	71,19-77,23	68,62±23,93 (229)	65,50-71,73
SAÚDE EM GERAL (p=0,367)	62,53±16,21 (220)	60,37-64,68	63,96±17,24 (228)	61,71-66,21
VITALIDADE (p=0,011)	69,73±20,42 (220)	67,01-72,44	64,78±20,73 (227)	62,07-67,49
FUNÇÃO SOCIAL (p<0,090)	85,80±17,55 (220)	83,46-88,13	82,86±19,01 (229)	80,38-85,34
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,645)	88,33±19,74 (220)	85,71-90,96	89,16±18,13 (226)	86,78-91,54
SAÚDE MENTAL (p=0,019)	80,16±15,35 (219)	78,12-82,21	76,34±18,93 (227)	73,87-78,82

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média
 Teste t-Student para amostras independentes.

Só se registaram diferenças médias estatisticamente significativas de percepção geral de saúde entre a idade de início do consumo (adolescência/adulto) ao nível da dor corporal, vitalidade e saúde mental. As pessoas que indicaram ter iniciado o consumo em adulto tendem a apresentar maior impacto da dor nas suas atividades diárias, menor energia e bem-estar psicológico. Ao nível dos restantes índices de saúde não se observaram diferenças significativas em função do período de início de consumo de álcool.

▪ *Ex-consumidores*

Propusemos de seguida avaliar a relação entre o número de anos de consumo bem como o número de anos em que deixou de beber álcool e o seu impacto na percepção geral de saúde. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 132: Correlação entre a Qualidade de Vida Relacionada e o número de anos de consumo de álcool (ex-consumidores)

		QVRS							
		Componente Física				Componente Mental			
		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
NÚMERO DE ANOS DE CONSUMO	ρ	-0,267	-0,230	-0,234	-0,277	-0,007	-0,244	0,009	-0,130
	n	26	26	28	26	26	28	26	26
TEMPO EM QUE DEIXOU DE BEBER (ANOS)	ρ	-0,140	-0,118	-0,095	-0,128	0,051	0,160	-0,078	-0,016
	n	26	26	28	26	26	28	26	26

Legenda: FF- Função Física; DF - Desempenho Físico; DC - Dor Corporal; SG - Saúde Geral; V - Vitalidade; FS - Função Social; DE - Desempenho Emocional; SM - Saúde Mental.
 Teste de Correlação Ordinal de Spearman (ρ).

Segundo o quadro anterior não se observou um padrão de variação quer ao nível do número de anos de consumo ou do número de anos em que deixou de consumir e a percepção geral de saúde (QVRS).

Procuramos de seguida avaliar se os ex-consumidores de álcool teriam iniciado o consumo no período da adolescência ou na vida adulta e sua relação com a percepção geral de saúde atual. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 133: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e hábitos de consumo de álcool (idade de início – ex-consumidores)

ESTADO DE SAÚDE	PERÍODO DE VIDA			
	< 18 anos		≥ 18 anos	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,269)	74,67±34,30 (15)	55,67-93,66	63,18±32,11 (11)	41,61-84,76
DESEMPENHO FÍSICO (p<0,372)	71,67±27,74 (15)	56,31-87,03	59,66±34,16 (11)	36,71-82,61
DOR CORPORAL (p=0,189)	69,94±28,99 (16)	54,49-85,39	55,25±31,91 (12)	34,98-75,52
SAÚDE EM GERAL (p=0,515)	51,80±18,26 (15)	41,69-61,91	46,18±24,16 (11)	29,95-62,41
VITALIDADE (p=0,025)	64,33±21,29 (15)	52,55-76,12	40,00±28,37 (11)	20,94-59,06
FUNÇÃO SOCIAL (p<0,523)	74,22±26,01 (16)	60,36-88,08	67,71±32,18 (12)	47,26-88,16
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,979)	73,33±27,85 (15)	57,91-88,76	73,48±25,77 (11)	56,17-90,80
SAÚDE MENTAL (p=0,435)	65,87±18,94 (15)	55,38-76,35	58,55±25,44 (11)	41,45-75,64

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Teste Wilcoxon-Mann-Whitney.

284

Como podemos observar não se registaram diferenças significativas entre o período de vida que as pessoas terão iniciado o consumo de álcool no que diz respeito aos diferentes índices de saúde à exceção da dimensão vitalidade. As pessoas que indicaram ter iniciado o consumo ainda no período da adolescência assumem uma percepção de saúde mais positiva no que diz respeito à vitalidade comparativamente às pessoas que indicaram o início do consumo já em adulto.

2.2.3.4 PERFIL DE SAÚDE E HÁBITOS DE ATIVIDADE FÍSICA

Nesta parte do nosso estudo procuramos avaliar um conjunto de indicadores que poderão ter impacto na percepção geral de saúde (QVRS). Propusemos de seguida avaliar se o número de horas de sono por dia teria impacto na percepção geral de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 134: Correlação entre a Qualidade de Vida Relacionada e o número de horas de sono por dia

NÚMERO DE HORAS DE SONO POR DIA	r	QVRS							
		Componente Física			Componente Mental				
		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
	n	0,012	0,080**	0,151***	0,059*	0,159***	0,119***	0,106***	0,178***
		1171	1178	1183	1178	1175	1184	1176	1174

Legenda: FF- Função Física; DF - Desempenho Físico; DC - Dor Corporal; SG - Saúde Geral; V - Vitalidade; FS - Função Social; DE - Desempenho Emocional; SM - Saúde Mental.
Teste de Correlação Linear de Pearson (r). ***p<0,0001; **p≤0,001

À exceção da dimensão função física, constatamos que as pessoas que praticam um maior número de horas de sono por dia tendem a apresentar melhor qualidade de vida no que diz respeito à sua saúde.

Propusemos também avaliar a mesma relação mas classificando as horas de sono. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 135: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e as horas de sono por dia (classes)

QVRS	Horas de sono/dia					
	< 7,00 horas/dia		[7,00 - 8,00] horas/dia		> 8,00 horas/dia	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p<0,0001)	80,92±21,83 (283)	78,37-83,47	86,37±19,08 (786)	85,03-87,71	79,71±26,54 (102)	74,49-84,92
DESEMPENHO FÍSICO (p<0,0001)	77,87±24,42 (284)	75,02-80,72	86,54±20,79 (791)	85,09-87,99	82,52±25,61 (103)	77,52-87,53
DOR CORPORAL (p<0,0001)	62,43±24,39 (282)	59,57-65,28	72,71±23,51 (797)	71,08-74,35	73,50±23,47 (104)	68,94-78,06
SAÚDE GERAL (p=0,001)	58,12±19,63 (281)	55,82-60,43	63,21±17,21 (793)	62,01-64,41	60,53±18,45 (104)	56,94-64,12
VITALIDADE (p<0,0001)	58,64±21,99 (282)	56,06-61,22	67,91±20,72 (791)	66,47-69,36	68,68±22,29 (102)	64,30-73,06
FUNÇÃO SOCIAL (p<0,0001)	75,93±22,96 (283)	73,24-78,61	84,54±19,67 (797)	83,17-85,90	82,69±21,85 (104)	78,44-86,94
DESEMPENHO EMOCIONAL (p<0,0001)	80,09±23,70 (283)	77,32-82,87	88,43±19,34 (791)	87,08-89,78	86,85±22,99 (102)	82,33-91,36
Saúde Mental (p<0,0001)	68,75±21,03 (282)	66,29-71,22	77,92±18,45 (790)	76,63-79,21	78,16±20,23 (102)	74,18-82,13

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Teste Kruskal-Wallis. Teste de Comparações Múltiplas não paramétrico *Dunn*.

Como podemos observar no quadro anterior, observaram-se diferenças significativas de percepção geral de saúde em função das classes de horas por dia que os nossos inquiridos autodeclararam.

Com recurso ao teste de comparações múltiplas *Dunn*, constatamos que as pessoas que indicaram dormir entre 7 a 8 horas/dia, revelaram significativamente melhor condição de saúde nos vários índices comparativamente às pessoas que indicaram dormir menos de 7 horas/dia ($Z_{função\ física} = -4,081; p < 0,0001; Z_{desempenho\ físico} = -5,713; p < 0,0001; Z_{dor\ corporal} = -6,234; p < 0,0001; Z_{saúde\ em\ geral} = -3,846; p < 0,0001; Z_{vitalidade} = -6,109; p < 0,0001; Z_{função\ social} = -6,071; p < 0,0001; Z_{desempenho\ emocional} = -5,826; p < 0,0001; Z_{saúde\ mental} = -6,722; p < 0,0001$). Perfil semelhante ocorreu em pessoas que dormiam mais de 8h/dia comparativamente às pessoas que dormiam menos de 7h/dia ($Z_{dor\ corporal} = -4,110; p < 0,0001; Z_{vitalidade} = -4,194; p < 0,0001; Z_{função\ social} = -3,245; p = 0,004; Z_{desempenho\ emocional} = -3,325; p = 0,003; Z_{saúde\ mental} = -4,628; p < 0,0001$).

Porém, não se registaram diferenças significativas entre as pessoas que dormiam entre 7 a 8 horas/dia e as pessoas que dormiam mais horas nos diferentes índices de saúde em análise.

Procuramos de seguida compreender o impacto do número de horas de trabalho por semana na perceção geral de saúde. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 136: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e as horas de trabalho por semana

QVRS	Horas de Trabalho/semana					
	< 35 horas por semana		[35,00 - 40,00] por semana		> 40 horas por semana	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,021)	83,02±19,29 (48)	77,42-88,62	89,86±14,18 (606)	88,73-90,99	88,77±15,83 (243)	86,76-90,77
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,470)	87,12±17,70 (49)	82,03-92,20	89,84±16,64 (609)	88,52-91,17	88,52±18,01 (244)	86,25-90,80
DOR CORPORAL (p=0,037)	67,71±21,24 (49)	61,61-73,82	74,73±22,46 (611)	72,95-76,51	73,06±22,88 (247)	70,20-75,93
SAÚDE GERAL (p=0,001)	59,22±16,74 (49)	54,42-64,03	66,20±15,66 (607)	64,95-67,44	63,52±16,31 (246)	61,47-65,56
VITALIDADE (p=0,028)	61,84±21,13 (49)	55,77-67,91	69,64±19,57 (607)	68,08-71,20	68,05±20,79 (244)	65,42-70,67
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,110)	80,36±20,57 (49)	74,45-86,27	85,70±19,39 (611)	84,16-87,24	84,41±19,68 (247)	81,95-86,88
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,230)	89,12±18,49 (49)	83,80-94,43	90,52±17,09 (608)	89,15-91,88	88,61±17,88 (243)	86,35-90,87
Saúde Mental (p=0,025)	74,20±17,42 (49)	69,20-79,21	79,35±17,59 (607)	77,95-80,75	76,22±19,81 (244)	73,72-78,71

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média
 Teste Kruskal-Wallis. Teste de Comparações Múltiplas não paramétrico *Dunn*.

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas de função física, dor corporal, saúde em geral, vitalidade e saúde mental em função da classe de horas de trabalho por semana dos trabalhadores inquiridos.

286 Através do teste de comparações múltiplas não paramétrico *Dunn*, verificamos que as pessoas que trabalhavam entre 35 a 40 horas semanais demonstraram uma perceção geral de saúde nos vários índices significativamente superiores às pessoas que indicaram trabalhar menos horas por dia ($Z_{função\ física} = -2,726; p = 0,019; Z_{dor\ corporal} = -2,452; p = 0,043; Z_{saúde\ em\ geral} = -3,029; p = 0,007; Z_{vitalidade} = -2,631; p = 0,026; Z_{saúde\ mental} = -2,185; p = 0,029$).

No entanto, não se registaram diferenças significativas de perceção geral de saúde entre os trabalhadores que indicaram [35-40] h/semana e os que indicaram trabalhar mais de 40h/semana bem como entre estes e as pessoas que indicaram trabalhar menos de 35h/semana.

Propusemos de seguida avaliar qual o tipo de deslocação mais habitual no dia-a-dia e a sua relação com a perceção geral de saúde. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 137: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e o modo de deslocação

QVRS	Modo de deslocação					
	A pé		De carro		Transportes Públicos	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,024)	85,79±16,33 (103)	82,60-88,98	89,90±14,70 (677)	88,79-91,01	88,10±15,39 (124)	85,37-90,84
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,091)	85,70±19,53 (103)	81,88-89,52	89,62±16,93 (681)	88,35-90,89	89,80±16,77 (125)	86,83-92,77
DOR CORPORAL (p=0,023)	67,91±25,47 (103)	62,94-72,89	74,61±22,50 (684)	72,92-76,30	74,31±20,24 (127)	70,76-77,87
SAÚDE GERAL (p=0,033)	62,73±16,36 (103)	59,53-65,92	65,87±16,01 (680)	64,67-67,08	62,65±15,46 (126)	59,93-65,38
VITALIDADE (p=0,005)	63,11±21,51 (103)	58,90-67,31	69,30±19,58 (678)	67,82-70,77	71,16±21,02 (125)	67,44-74,88
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,014)	80,83±21,28 (103)	76,67-84,98	84,94±19,39 (684)	83,49-86,40	88,39±18,84 (127)	85,08-91,70
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,162)	87,46±19,38 (103)	83,67-91,25	89,90±17,14 (679)	88,61-91,19	91,87±16,68 (125)	88,91-94,82
Saúde Mental (p=0,326)	76,19±17,75 (103)	72,72-79,66	78,37±17,99 (678)	77,01-79,73	79,81±19,65 (125)	76,33-83,29

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95: Intervalo de Confiança de 95 para Média
Testes Análise de Variância a 1 fator, Brown-Forsythe. Teste de Comparações Múltiplas não paramétrico *Dunn*.

Constatamos a presença de diferenças médias estatisticamente significativas entre as diferentes modalidades de deslocação para o local de trabalho ao nível dos índices de saúde física à exceção do desempenho físico. Também as diferenças médias ocorreram nos índices de medidas de estado de saúde mental no que diz respeito à vitalidade e função social.

Recorrendo aos *testes de comparações múltiplas LSD e G-H*, verificamos que as pessoas que se deslocavam habitualmente para o local de trabalho a pé apresentaram piores condições de saúde comparativamente às pessoas que se deslocavam em carro particular ($d_{\bar{x}[função\ física]} = -4,106; p = 0,010; d_{\bar{x}[dor\ corporal]} = -6,697; p = 0,034; d_{\bar{x}[saúde\ em\ geral]} = -3,145; p = 0,063; d_{\bar{x}[vitalidade]} = -6,190; p = 0,004; d_{\bar{x}[função\ social]} = -4,116; p = 0,047$) bem como as pessoas que se deslocavam por transportes públicos ($d_{\bar{x}[vitalidade]} = -8,053; p = 0,003; d_{\bar{x}[função\ social]} = -7,561; p = 0,004$).

Também podemos constatar que as pessoas que se deslocavam de carro apresentaram melhor condição de saúde face às pessoas que se deslocavam por transportes públicos ao nível do índice saúde em geral ($d_{\bar{x}} = 3,223; p = 0,038$) mas pior ao nível da função social ($d_{\bar{x}} = -3,444; p = 0,068$).

Quanto ao tipo de atividade laboral que os nossos inquiridos desenvolvem no seu local de trabalho e a sua relação com a perceção geral de saúde vejamos o quadro seguinte:

Quadro 138: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (medidas físicas) por tipo de atividade laboral

	FUNÇÃO FÍSICA		DESEMPENHO FÍSICO		DOR CORPORAL		SAÚDE EM GERAL	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
1.ª Opção	89,28±14,86 (290)	87,56-90,99	89,55±18,24 (293)	87,45-91,64	74,05±22,95 (293)	71,41-76,69	65,89±16,95 (291)	63,93-67,84
2.ª Opção	90,09±14,22 (248)	88,31-91,87	90,18±16,26 (250)	88,15-92,20	75,55±22,04 (249)	72,80-78,30	66,53±15,07 (250)	64,65-68,41
3.ª Opção	88,75±15,27 (307)	87,03-90,46	89,34±16,17 (307)	87,52-91,15	73,63±22,67 (312)	71,10-76,15	63,91±15,52 (309)	62,18-65,65
4.ª Opção	87,37±17,70 (59)	82,76-91,99	83,58±20,20 (59)	78,32-88,84	65,98±21,83 (59)	60,29-71,67	60,85±16,61 (59)	56,52-65,18
	(p=0,611)		(p=0,012)		(p=0,025)		(p=0,013)	

Legenda: 1.ª Opção: Sentado a maior parte do tempo; 2.ª Opção: De pé e anda, mas sem outra atividade física; 3.ª Opção: De pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objetos; 4.ª Opção: Atividade física pesada. M: Média; DP: Desvio Padrão;(n): n.º de casos; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média. Testes: Kruskal-Wallis.

Como podemos observar ao nível das medidas de estado de saúde físicas, constatamos a presença de diferenças estatisticamente significativas em quase todos os índices em função do tipo de atividade laboral que as pessoas autodeclararam na sua rotina laboral. Segundo o teste de comparações múltiplas não paramétrico *Dunn*, constatamos que as pessoas que desenvolvem “atividade física pesada” tendem a apresentar pior condição de saúde ao nível físico comparativamente às pessoas que revelaram estar “sentadas a maior parte do tempo” ($Z_{desempenho\ físico} = 3,070; p = 0,013; Z_{dor\ corporal} = 2,671; p = 0,045; Z_{saúde\ em\ geral} = 2,645; p = 0,049$) bem como comparativamente às pessoas que indicaram estar “de pé e anda, mas sem outra atividade física” ($Z_{desempenho\ físico} = 3,082; p = 0,012; Z_{dor\ corporal} = 3,034; p = 0,014; Z_{saúde\ em\ geral} = 2,725; p = 0,006$). Não se observaram diferenças significativas de perceção geral de saúde entre as pessoas que indicaram estar “de pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objetos” comparativamente às restantes opções assinaladas pelas pessoas em estudo ($p > 0,05$).

Também realizamos a mesma estratégia de análise para as medidas de estado de saúde ao nível mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 139: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (medidas mentais) por tipo de atividade laboral

	VITALIDADE		FUNÇÃO SOCIAL		DESEMPENHO EMOCIONAL		SAÚDE MENTAL	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
1.ª Opção	68,48±20,02 (290)	66,17-70,80	83,79±20,78 (293)	81,40-86,18	89,31±18,11 (293)	87,22-91,39	76,68±18,77 (290)	74,51-78,85
2.ª Opção	70,49±18,85 (250)	68,14-72,83	86,75±17,28 (250)	84,60-88,90	91,63±15,45 (249)	89,70-93,56	79,48±17,55 (250)	77,30-81,67
3.ª Opção	69,51±20,83 (307)	67,17-71,85	85,58±19,88 (312)	83,36-87,79	90,03±16,97 (306)	88,12-91,94	79,32±17,98 (307)	77,30-81,34
4.ª Opção	60,42±20,56 (59)	55,07-65,78	80,08±20,65 (59)	74,70-85,47	84,46±21,85 (59)	78,77-90,16	77,22±18,85 (59)	72,31-82,13
	(p=0,005)		(p=0,061)		(p=0,058)		(p=0,187)	

Legenda: 1.ª Opção: Sentado a maior parte do tempo; 2.ª Opção: De pé e anda, mas sem outra atividade física; 3.ª Opção: De pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objetos; 4.ª Opção: Atividade física pesada. M: Média; DP: Desvio Padrão;(n): n.º de casos; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média. Testes: Kruskal-Wallis.

Quanto às medidas de estado de saúde mental, só se registaram diferenças significativas ao nível do índice de vitalidade em função do tipo de atividade desenvolvida pelos inquiridos em estudo. Com recurso ao teste de comparações múltiplas não paramétrico *Dunn*, constatamos mais uma

vez que as pessoas que realizam “*atividade física pesada*” no seu local de trabalho tendem a apresentar menor vitalidade comparativamente aos restantes grupos do tipo de atividade no local de trabalho ($Z_{1.ª\ opção} = 2,838; p = 0,027; Z_{2.ª\ opção} = 3,423; p = 0,004; Z_{3.ª\ opção} = 3,383; p = 0,004$).

Propusemos de seguida avaliar o impacto da prática de atividade física na percepção geral de saúde, quer ao nível físico quer ao nível mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 140: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a prática de atividade física

ESTADO DE SAÚDE	ATIVIDADE FÍSICA			
	Sim		Não	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p<0,0001)	90,41±15,79 (328)	88,70-92,13	82,32±21,75 (855)	80,86-83,78
DESEMPENHO FÍSICO (p<0,0001)	88,19±19,83 (329)	86,04-90,34	82,69±23,05 (861)	81,15-84,23
DOR CORPORAL (p<0,0001)	76,64±23,47 (331)	74,10-79,18	67,92±23,84 (864)	66,33-69,52
SAÚDE EM GERAL (p<0,0001)	67,22±16,75 (328)	65,40-69,04	59,78±18,03 (862)	58,57-60,98
VITALIDADE (p<0,0001)	71,88±20,05 (329)	69,70-74,05	63,37±21,62 (859)	61,92-64,82
FUNÇÃO SOCIAL (p<0,0001)	85,23±20,61 (331)	83,01-87,46	81,20±21,02 (865)	79,80-82,60
DESEMPENHO EMOCIONAL (p<0,0001)	89,26±19,75 (329)	87,12-91,40	85,31±21,24 (859)	83,89-86,73
SAÚDE MENTAL (p<0,0001)	79,88±18,87 (329)	77,83-81,93	74,14±19,58 (858)	72,83-75,45

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Testes: t-Student amostras independentes e Wilcoxon-Mann-Whitney.

Como podemos observar, as pessoas que indicaram praticar atividade física (caminhadas, fitness, futebol, natação, etc.,) demonstraram uma percepção de saúde em todos os índices significativamente superior face às pessoas que indicaram não praticar qualquer atividade ou desporto.

Propusemos de seguida avaliar a relação do número de atividades desportivas realizadas por semana e a percepção geral de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 141: Correlação entre o número de atividades desportivas e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

NÚMERO DE ATIVIDADES DESPORTIVAS	ρ	QVRS							
		Componente Física				Componente Mental			
		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
	n	0,221***	0,124***	0,184***	0,199***	0,190***	0,109***	0,103***	0,163***
	n	1171	1178	1183	1178	1175	1184	1176	1174

Legenda: FF- Função Física; DF - Desempenho Físico; DC - Dor Corporal; SG - Saúde Geral; V - Vitalidade; FS - Função Social; DE - Desempenho Emocional; SM - Saúde Mental.

Teste de Correlação Ordinal de Spearman (ρ). ***p<0,0001

Como podemos constatar, as pessoas que praticam maior número de atividades desportivas por semana demonstram uma percepção mais positiva de saúde quer no âmbito das medidas de estado de saúde físicas quer no âmbito das medidas de saúde mental.

Com base nestes resultados procuramos explorar a frequência de atividades de desporto durante a semana por classes e a sua relação com as medidas de estado de saúde físicas e mentais. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 142: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a frequência de atividades desportivas (classes)

	NENHUMA ATIVIDADE DESPORTIVA		1 Atividade desportiva		2 Atividades desportivas		≥3 Atividades desportivas	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FF p<0,0001	82,25±21,82 (868)	80,80-83,71	88,82±16,80 (245)	86,70-90,93	96,23±8,66 (65)	94,08-98,38	91,32±16,74 (19)	83,25-99,38
DF p<0,0001	82,59±23,15 (874)	81,06-84,13	87,79±19,95 (246)	85,28-90,29	91,15±15,85 (65)	87,23-95,08	82,24±28,36 (19)	68,57-95,90
DC p<0,0001	67,84±23,93 (879)	66,25-69,42	74,79±23,86 (247)	71,80-77,78	84,91±18,63 (65)	80,33-89,49	73,16±27,97 (19)	59,68-86,64
SG p<0,0001	59,71±18,00 (876)	58,52-60,91	65,91±16,55 (246)	63,84-67,99	71,28±15,34 (65)	67,48-75,08	70,72±21,63 (19)	59,97-81,48
V p<0,0001	63,35±23,64 (872)	61,91-64,79	70,32±20,46 (246)	67,75-72,89	77,85±16,61 (65)	73,73-81,96	70,00±23,15 (19)	58,84-81,16
FS p=0,001	81,19±20,96 (880)	79,81-82,58	83,76±21,85 (247)	81,02-86,49	90,34±14,68 (65)	86,73-93,95	85,53±19,66 (19)	76,05-95,00
DE p=0,003	85,19±21,34 (872)	83,77-86,61	88,69±20,79 (246)	86,08-91,30	91,54±14,47 (65)	87,95-95,12	86,84±23,13 (19)	75,70-97,99
SM p<0,0001	74,07±19,67 (871)	72,76-75,37	78,29±19,67 (246)	75,82-80,76	85,17±12,84 (65)	81,99-88,35	81,47±22,60 (19)	70,58-92,36

Legenda: FF (Função Física); DF (Desempenho Físico); DC (Dor Corporal); SG (Saúde Geral); V (Vitalidade); FS (Função Social); DE (Desempenho Emocional); SM (Saúde Mental). M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; IC95: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Testes: Kruskal-Wallis; Teste não paramétrico de comparações múltiplas *Dunn*.

Como podemos constatar segundo o quadro anterior, verificamos a presença de diferenças estatisticamente significativas de perceção geral de saúde enquanto qualidade de vida em função da classe de frequência de atividade desportiva por semana que os inquiridos declaram realizar.

Com recurso ao teste de comparações múltiplas não paramétrico *Dunn*, ao nível das medidas de estado de saúde físicas, as pessoas que indicaram não realizar qualquer atividade desportiva revelaram significativamente piores resultados de saúde comparativamente às pessoas que realizam pelo menos uma 1 atividade física/desportiva por semana ($Z_{função\ física} = -4,956; p < 0,0001; Z_{desempenho\ físico} = -3,668; p = 0,001; Z_{dor\ corporal} = -4,302; p < 0,0001; Z_{saúde\ em\ geral} = -4,772; p < 0,0001$), 2 atividades físicas por semana ($Z_{função\ física} = -6,670; p < 0,0001; Z_{desempenho\ físico} = -2,906; p = 0,022; Z_{dor\ corporal} = -5,828; p < 0,0001; Z_{saúde\ em\ geral} = -5,288; p < 0,0001$), bem como comparativamente às pessoas que realizam 3 ou mais atividades desportivas durante a semana ($Z_{função\ física} = -2,413; p = 0,016; Z_{dor\ corporal} = -5,828; p < 0,0001; Z_{saúde\ em\ geral} = -2,793; p = 0,031$). Também constatamos que as pessoas que realizavam uma só atividade desportiva por semana demonstraram menor perceção de saúde comparativamente às pessoas que realizavam 2 atividades por semana ($Z_{função\ física} = -3,578; p = 0,002; Z_{dor\ corporal} = -3,132; p = 0,010; Z_{saúde\ em\ geral} = -2,406; p = 0,016$) mas não diferenciadora em função das pessoas que realizam 3 ou mais atividades por semana ($p > 0,05$). Também as pessoas que realizavam 2 atividades desportivas por semana revelaram uma perceção geral de saúde semelhante às pessoas que realizam 3 ou mais atividades desportivas por semana.

Quanto às medidas de estado de saúde mental, também constatamos que as pessoas não praticantes de qualquer atividade física durante a semana revelaram uma perceção de saúde mais diminuída de forma significativa comparativamente ao grupo de pessoas que realizavam 1 atividade por semana ($Z_{vitalidade} = -4,757; p < 0,0001; Z_{desempenho\ emocional} = -3,362; p = 0,005; Z_{saúde\ mental} = -3,759; p = 0,001$), bem como comparativamente às pessoas que realizavam 2 atividades desportivas por semana ($Z_{vitalidade} = -5,352; p < 0,0001; Z_{saúde\ mental} = -4,553; p < 0,0001$). Não se registaram diferenças significativas de perceção geral de saúde ao nível mental entre o grupo de pessoas que realizavam uma atividade desportiva por semana comparativamente às pessoas que realizavam duas atividades desportivas bem como relativamente às pessoas que realizavam 3 ou mais atividades desportivas. Perfil semelhante ocorreu entre as pessoas que tinham como hábito a prática de 2 atividades desportivas comparativamente às pessoas que realizavam 3 ou mais atividades.

Também procuramos verificar nas pessoas que praticavam atividade desportiva, se a forma, isolada (sozinha) ou acompanhada (grupo), teria influência na perceção geral de saúde. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 143: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e o tipo de atividades desportivas (sozinho/acompanhado)

ESTADO DE SAÚDE	Isolada		Acompanhada	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,468)	91,67±16,03 (45)	86,85-96,48	90,40±15,79 (276)	88,53-92,27
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,645)	89,96±16,53 (44)	84,94-94,99	88,02±20,25 (278)	85,63-90,41
DOR CORPORAL (p=0,963)	77,11±22,68 (45)	70,30-83,93	76,87±23,65 (279)	74,08-79,65
SAÚDE EM GERAL (p=0,562)	66,51±15,50 (45)	61,85-71,17	67,57±17,04 (276)	65,55-69,58
VITALIDADE (p=0,788)	73,00±15,05 (45)	68,48-77,52	71,82±20,66 (277)	69,37-74,26
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,507)	85,56±17,87 (45)	80,19-90,92	85,35±20,99 (279)	82,88-87,82
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,922)	89,20±19,73 (45)	83,20-95,20	89,30±19,79 (278)	86,96-91,64
SAÚDE MENTAL (p=0,303)	78,22±17,51 (45)	72,96-83,48	80,23±19,23 (277)	77,96-82,51

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Testes: Wilcoxon-Mann-Whitney.

Segundo os resultados anteriores, não se registaram diferenças significativas de perceção geral de saúde entre as pessoas que assumem uma prática de atividade física regular por semana e que o fazem de forma isolada comparativamente a pessoas que praticam atividade física acompanhada.

Também procuramos explorar a relação entre a perceção geral de saúde em pessoas que indicaram realizar atividades desportiva acompanhada se diferenciavam entre o tipo de acompanhamento: desportos coletivos ou espaços públicos com pessoas a realizar atividade desportiva. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 144: Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a prática de desporto

ESTADO DE SAÚDE	Desportos Coletivos		Espaços públicos	
	M±DP (n)	IC95%	M±DP (n)	IC95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,001)	94,25±11,61 (80)	91,67-96,83	89,01±16,86 (181)	86,53-91,48
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,298)	89,74±18,73 (81)	85,60-93,88	87,64±20,32 (182)	84,66-90,61
DOR CORPORAL (p=0,086)	81,01±23,67 (80)	75,74-86,28	75,56±23,55 (184)	72,13-78,99
SAÚDE EM GERAL (p=0,022)	70,92±14,46 (79)	67,68-74,16	66,14±17,39 (182)	63,59-68,68
VITALIDADE (p=0,043)	76,00±17,76 (80)	72,05-79,95	70,40±21,57 (182)	67,25-73,56
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,011)	89,84±16,05 (80)	86,27-93,41	83,63±22,24 (184)	80,39-86,86
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,615)	90,64±17,00 (81)	86,88-94,40	88,78±20,39 (182)	85,80-91,76
SAÚDE MENTAL (p=0,104)	83,35±15,03 (80)	80,01-86,69	79,67±20,22 (182)	76,71-82,63

M: Média; DP: Desvio Padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Testes: t-Student para amostras independentes e Wilcoxon-Mann-Whitney.

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas de perceção geral de saúde em função do tipo de acompanhamento na prática desportiva. As pessoas que realizam desporto coletivamente revelaram significativamente melhor função física, melhor saúde geral, vitalidade e função social comparativamente às pessoas que realizam atividade física sozinhas, apesar de estarem em espaços públicos em que também outras pessoas realizam atividade física.

Nos restantes índices não apresentaram diferenças significativas no entanto as pessoas que realizam atividade física de forma coletiva também revelaram melhor condição de saúde comparativamente às pessoas que praticam isoladamente a atividade física.

2.3 – Terceira Parte – Perfis de Estado de Saúde

Nesta parte do nosso estudo propusemos avaliar o contributo de cada domínio (conjunto de informações: contexto, indicadores e determinantes de saúde) na predição de “Perceção Geral de Saúde” quer ao nível Físico quer ao nível Mental (variáveis dependentes).

Os domínios estão identificados como Sociobiográficos, Comportamentos de Saúde, Estilos de Vida, Perfis de Saúde e Satisfação com a vida e que foram testados, de forma individual, quanto ao seu efeito na predição de QVRS. A eleição de cada determinante no MRLMM resultou do impacto individual de cada um, de forma significativa, na primeira fase da investigação.

2.3.1 PERFIL DE SAÚDE E OS FATORES DE CONTEXTO

2.3.1.1 PERFIL DE SAÚDE ASSOCIADO ÀS CARATERÍSTICAS SOCIOBIOGRÁFICAS

Como *primeiro modelo* para aferir o perfil de saúde definiram-se como variáveis endógenas as *Medidas de Estado de Saúde Físicas* (MESF) e *Medidas de Estado de Saúde Mental* (MESM) enquanto as características sociobiográficas foram definidas como variáveis exógenas.

As características exógenas controladas no estudo e que foram transformadas em variáveis *ativas* (1) e *dummies* (0): sexo masculino (1) feminino (0); Habilitações literárias – Ensino Básico (0), Ensino Secundário (1), Ensino Superior (1); Estado Civil – Viúvo (0), Solteiro (1), Casado/União de Facto (1), Divorciado/Separado (1); Integrado numa religião – Não (0) e Sim (1); Tipo de Praticante – Não Praticante (0) e Praticante (1); Área de Residência – APR Área Predominantemente Rural (0) e APU (1) ou AMU (1); Tipo de Proprietário – Arrendamento (0) e Proprietário (1); Situação Profissional – Inativo (0) e Ativo (1); Tipo de Vínculo – Tempo determinado (0) e Tempo Indeterminado (1).

No que diz respeito às MESF o modelo ajustado (R^2_{adj}) explicou 36,6% de função física, 31,5% do desempenho físico, 22,8% de dor corporal e a saúde em geral em 25,3% (quadro 145).

Quanto ao *índice função física*, podemos constatar que os indicadores de contexto com impacto significativo neste mesmo índice foram as variáveis exógenas idade ($Z = -12,838; p < 0,0001$), sexo ($Z = 6,136; p < 0,0001$), habilitações literárias no que diz respeito ao ensino secundário ($Z = 1,943; p = 0,052$) e ensino superior ($Z = 4,474; p < 0,0001$), tipo de proprietário ($Z = -3,569; p < 0,0001$), situação profissional ($Z = 2,129; p < 0,0001$) e tipo de vínculo ($Z = 2,084; p = 0,037$).

Quadro 145: Perfis de Estado de Saúde - Física segundo os Preditores de Contexto

Variáveis Exógenas	VARIÁVEIS ENDÓGENAS											
	FUNÇÃO FÍSICA			DESEMPENHO FÍSICO			DOR CORPORAL			SAÚDE GERAL		
	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}
IDADE	-0,738(0,057)	-0,428***	0,366	-0,681(0,065)	-0,363***	0,315	-0,668(0,074)	-0,331***	0,228	-0,509(0,055)	-0,338***	0,253
SEXO	6,249(1,018)	0,151***		4,620(1,157)	0,102***		8,909(1,317)	0,183***		3,101(0,966)	0,086**	
ENSINO SECUNDÁRIO	2,399(1,235)	0,053*		-0,881(1,403)	-0,018		-0,706(1,598)	-0,013		3,561(1,172)	0,089**	
ENSINO SUPERIOR	5,865(1,311)	0,125***		1,958(1,489)	0,038		4,948(1,696)	0,090**		7,228(1,243)	0,176***	
SOLTEIRO	1,318(2,062)	0,020		3,091(2,343)	0,043		0,678(2,668)	0,009		-2,182(1,956)	-0,038	
CASADO/UNIÃO DE FACTO	2,325(1,451)	0,050		2,554(1,649)	0,050		0,299(1,877)	0,005		-0,693(1,377)	-0,017	
INTEGRADO RELIGIOSAMENTE	0,585(1,725)	0,009		2,878(1,960)	0,039		5,480(2,231)	0,069*		2,055(1,636)	0,035	
PRATICANTE (RELIGIÃO)	-0,373(1,137)	-0,009		0,044(1,292)	0,001		-1,223(1,471)	-0,024		-1,946(1,079)	-0,051	
APU	2,903(1,644)	0,068		4,644(1,868)	0,100*		8,395(2,127)	0,168***		4,966(1,560)	0,133**	
AMU	0,367(1,774)	0,008		2,978(2,015)	0,057		6,697(2,294)	0,120**		5,885(1,683)	0,141***	
TIPO PROPRIETÁRIO	-4,515(1,265)	-0,096***		-5,365(1,437)	-0,104***		-8,397(1,636)	-0,152***		-2,555(1,200)	-0,062*	
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	5,277(1,495)	0,109***		8,823(1,699)	0,168***		0,814(1,934)	0,014		3,549(1,418)	0,084*	
TIPO VÍNCULO	3,386(1,625)	0,057*		9,082(1,836)	0,141***		7,103(2,097)	0,103***		2,123(1,542)	0,041	

Testes: Modelos de Regressão Linear Múltipla Multivariada (MRLMM), Estimadores: $\hat{\beta}_i$: Coeficiente de regressão não estandarizado; ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$) Erro padrão do coeficiente de regressão não estandarizado; β_i : coeficiente de regressão estandarizado; R^2_{adj} : Coeficiente de Determinação Ajustado. Variáveis Dependentes: MESF e MESM; Variáveis Preditoras: Características Sociobiográficas. N=1135. ***p<0,0001; **p<0,01; *p<0,05

Tipo de Variáveis: Variáveis ativas (1) e dummies (0): sexo masculino (1) feminino (0); Habilitações literárias – Ensino Básico (0), Ensino Secundário (1), Ensino Superior (1); Estado Civil – Vivo (0), Solteiro (1), Casado/União de Facto (1), Divorciado/Separado (1); Integrado numa religião – Não (0) e Sim (1); Tipo de Praticante – Não Praticante (0) e Praticante (1); Área de Residência – APR (0) e APU (1) ou AMU (1); Tipo de Proprietário – Arrendamento (0) e Proprietário (1); Situação Profissional – Inativo (0) e Ativo (1); Tipo de Vínculo – Tempo determinado (0) e Tempo indeterminado (1).

Como podemos observar no quadro anterior a idade prediz uma melhor *função física* em 42,8%, isto é, quanto mais avançada a *idade* dos nossos inquiridos menores são as capacidades das pessoas realizarem determinadas atividades físicas. Também 15,1% da variação da função física é explicada pela condição de ser *mulher*, isto é, a função física revelou estar mais diminuída de forma significativa comparativamente ao grupo masculino.

No que diz respeito às características habilitacionais, verificamos que as pessoas com formação de *ensino superior* ou com *ensino secundário completo* revelaram melhores resultados de saúde no índice em avaliação comparativamente às pessoas que tinham como formação *ensino básico ou menos*. A melhor função física foi predita de forma significativa pelo grau habilitacional em 12,5% e com menor expressão a formação de ensino secundário (5,3%). Quanto às características da habitação no que diz respeito ao *proprietário*, este indicador revelou um impacto significativo sobre a variabilidade explicada da função física em 9,6% o que levou a determinar que os locatários⁽³⁸⁾ demonstraram melhores resultados nesta escala comparativamente às pessoas que são proprietárias da sua própria habitação.

No âmbito laboral a *situação profissional* veio a predizer a função física em 10,9% e o *tipo de vínculo* em 5,7%. Esta variabilidade explicada sobre o índice em análise indicou que as pessoas que se encontram no ativo (empregadas) e que apresentavam um contrato de trabalho por tempo indeterminado apresentaram melhor condição de saúde ao nível da função física comparativamente às pessoas desempregadas ou reformadas e que se encontravam com vínculo precário.

Já no âmbito do *índice de desempenho físico*, as características com impacto significativo foram as variáveis exógenas idade ($Z = -10,423; p < 0,0001$), sexo ($Z = 3,993; p < 0,0001$), freguesias classificadas como Áreas Predominantemente Urbanas ($Z = 2,486; p = 0,013$), tipo de proprietário ($Z = -3,733; p < 0,0001$), situação profissional ($Z = 5,194; p < 0,0001$) e tipo de vínculo ($Z = 4,948; p < 0,0001$).

Podemos afirmar que o desempenho físico revelou estar mais diminuído em pessoas com idade mais avançada e com maior expressão no grupo feminino. Estas variáveis permitiram predizer a capacidade de desempenho físico dos nossos inquiridos em 36,3% no que diz respeito à *idade* e 10,2% quanto ao indicador *sexo*. Quanto à *área de residência* em que as pessoas viviam permitiu predizer a variação explicada de desempenho físico em 10,0% e que nos permitiu assumir que as pessoas que residiam em freguesias classificadas como Áreas Predominantemente Urbanas revelaram melhor condição de saúde ao nível do desempenho físico comparativamente às pessoas que residiam em freguesias classificadas em Áreas Predominantemente Rurais.

⁽³⁸⁾ Não são proprietárias da sua habitação. Pagam uma renda mensal (arrendatário).

Quanto ao tipo de proprietário, e como foi referido no índice anterior, este indicador exógeno prediz 10,4% dos resultados de desempenho físico e foram as pessoas que se encontravam na condição de arrendatários que apresentavam melhor condição de saúde comparativamente aos proprietários das suas próprias habitações. Por fim, ao nível da *atividade laboral*, as pessoas que se encontravam *empregadas* e que tinham um *vínculo laboral* classificado como contrato por tempo indeterminado apresentaram melhores resultados de saúde no índice em referência comparativamente às pessoas que se encontravam desempregadas ou reformadas bem como as pessoas que tinham um vínculo laboral com contrato por tempo determinado. A situação profissional veio predizer a variação explicada de desempenho físico em 16,8% e o tipo de vínculo em 14,1%.

Quanto à medida de estado de saúde física *dor corporal*, as características com impacto significativo foram as variáveis exógenas idade ($Z = -8,984; p < 0,0001$), sexo ($Z = 6,762; p < 0,0001$), ensino superior ($Z = 2,918; p = 0,004$), religião ($Z = 2,456; p = 0,014$), freguesias classificadas como Áreas Predominantemente Urbanas ($Z = 3,947; p < 0,0001$), Áreas Mediamente Urbanas ($Z = 2,919; p = 0,004$), tipo de proprietário ($Z = -5,131; p < 0,0001$) e tipo de vínculo ($Z = 3,386; p < 0,0001$).

Quanto à medida de estado de saúde física *dor corporal*, verificamos que a idade veio predizer 33,1% da variação explicada do índice em análise e 18,3% pela variável sexo. Face aos resultados estimados constatamos que a idade prediz de forma negativa com o maior impacto da dor nas tarefas que as pessoas desenvolvem no seu quotidiano e que mais uma vez foram as pessoas do sexo feminino que demonstraram um maior agravamento deste índice de forma significativa. No que diz respeito às habilitações literárias constatamos que as pessoas com formação superior revelaram significativamente menor impacto da dor comparativamente às pessoas com o ensino básico ou menos. Esta característica exógena veio a predizer este resultado em 9,0% da variação explicada do índice em referência. As pessoas que se encontravam *integradas religiosamente*, independentemente de serem praticantes ou não da sua religião apresentam significativamente menor impacto da dor no seu dia-a-dia comparativamente às pessoas que não tinham uma religião. Esta característica permitiu predizer a variabilidade de dor em 6,9%.

Quanto à *área de residência*, verificamos que as características exógenas Áreas Predominantemente Urbanas e Áreas Mediamente Urbanas predizem a variação explicada do índice em referência em 16,8% e 12,0% respetivamente. Perante estes resultados as pessoas que residiam em freguesias predominantemente urbanas e mediamente urbanas apresentaram índices mais baixos de dor comparativamente às pessoas que residiam em freguesias predominantemente rurais. Também constatamos que as pessoas que eram *proprietárias* da sua habitação e com *vínculo laboral* precário revelaram piores resultados de saúde no que diz respeito ao impacto da

dor na sua rotina diária. O índice em análise foi predito pelo tipo de proprietário em 15,2% e o tipo de vínculo em 10,3%.

Por último, no que diz respeito ao índice *saúde em geral*, as variáveis exógenas com impacto significativo foram as variáveis exógenas idade ($Z = -9,341; p < 0,0001$), sexo ($Z = 3,210; p = 0,001$), ensino superior ($Z = 5,813; p < 0,0001$), ensino secundário ($Z = 3,039; p = 0,002$), freguesias classificadas como Áreas Predominantemente Urbanas, Áreas Mediamente Urbanas, tipo de proprietário e tipo de vínculo ($Z = 2,502; p = 0,012$).

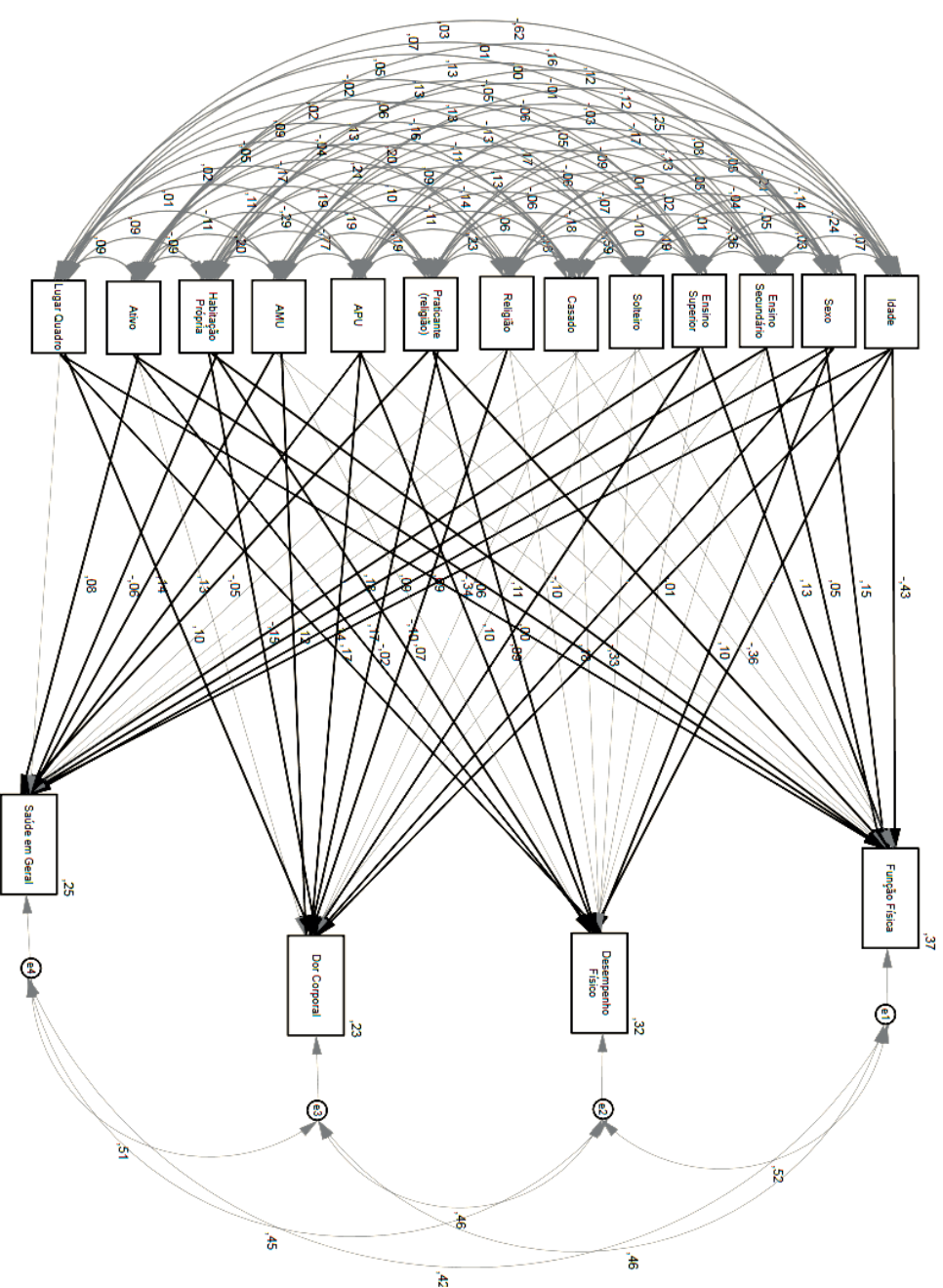
O índice *saúde em geral*, revelou estar mais diminuído em pessoas com mais idade, com maior expressão no sexo feminino e com habilitações literárias de ensino básico ou menos comparativamente às pessoas com habilitações de ensino secundário e ensino superior. A saúde em geral foi significativamente predita pela idade em 33,8%, 8,6% pelo sexo, 17,6% pela formação de ensino superior e 8,9% da condição ensino secundário.

Quanto à *área de residência* verificou-se um agravamento da perceção de saúde em geral em pessoas que residiam em Áreas Predominantemente Rurais comparativamente às pessoas que residiam em freguesias classificadas como Áreas Predominantemente Urbanas (13,3%) e Áreas Mediamente Urbanas (14,1%) bem como *proprietárias* da sua própria habitação (6,2%).

Também podemos afirmar que as pessoas que se encontravam empregues demonstraram uma visão mais positiva da sua saúde comparativamente às pessoas que se encontravam desempregadas ou reformadas (8,4%).

O gráfico de trajetórias seguinte permite verificar o impacto que os diferentes preditores independentes revelam e que foram interpretados anteriormente.

Diagrama 1 – Modelo de Regressão Linear Múltipla Multivariada da Percepção Geral de Saúde ao nível Físico (MESF) segundo os preditores de contexto.



Latências Endógenas (Observadas):
 Função Física, Desempenho Físico,
 Dor Corporal, Saúde Geral
 (Variáveis Dependentes).

Latências Exógenas (Observadas):
 Idade, Sexo, Ensino Secundário,
 Ensino Superior, Solteiro, Casado,
 Religião, Praticante (Religião), Área
 Predominantemente Urbana, Área
 Medianamente Urbana, Tipo de
 Habitação, Ativo, Tipo de Vínculo
 (Variáveis Predictoras).

Latências Exógenas (Não observadas -
 erro): e1; e2; e3; e4.

Legenda:

- ↘ Coeficiente de Regressão Estandarizado (β) com efeito estatisticamente significativo ($p \leq 0,05$);
- ↔ Coeficientes de Correlação de Pearson (r);
- ↘ Coeficiente de Regressão Estandarizado (β) sem efeito significativo ($p > 0,05$);
- ↔ Coeficientes de Correlação de Pearson (r).

Quanto às MESM o modelo ajustado foi explicado em 21,7% pela Vitalidade, 12,7% quanto à Função Social, 17,6% referente ao Desempenho Emocional e 12,8% à Saúde Mental respetivamente. Manteve-se as mesmas regras de transformação das variáveis categóricas em ativas (1) e *dummies* (0). Vejamos o quadro 106 com a nova proposta de perfil de saúde.

Quanto ao índice *vitalidade*, as variáveis preditoras com impacto significativo foram: idade ($Z = -6,500; p < 0,0001$), sexo ($Z = 7,153; p < 0,0001$), ensino superior ($Z = 2,595; p = 0,009$), religião ($Z = 4,151; p < 0,0001$), tipo de praticante ($Z = -2,032; p = 0,042$), freguesias classificadas como Áreas Predominantemente Urbanas, tipo de proprietário, situação profissional e tipo de vínculo ($Z = 3,176; p = 0,001$)

Podemos verificar que as pessoas com *idades* mais avançadas, do *sexo feminino* e com *formação de ensino básico* ou menos revelaram significativamente pior condição de saúde no que diz respeito à vitalidade. Estes preditores explicam a variação do índice de vitalidade em 24,1% pela idade, 19,5% pelo sexo e 8,1% pela condição habilitacional ensino superior. Quanto à religião esta predispe a variação explicada de vitalidade em 11,7% e o tipo de praticante em 5,9%, o que nos permitiu afirmar que as pessoas que estão integradas religiosamente, mas que não são praticantes da sua religião, revelaram melhores resultados do índice em referência comparativamente às pessoas que não possuem religião ou que sejam praticantes da sua fé.

Também constatamos que as pessoas que residiam em áreas predominantemente urbanas e mediantemente urbanas e que não fossem proprietárias da sua habitação (arrendatários) demonstraram melhor condição de saúde (vitalidade) comparativamente às pessoas que residiam em áreas predominantemente rurais e que fossem proprietários da sua habitação. O índice em referência foi significativamente predito pela área de residência em 19,7% (áreas predominantemente urbanas), 19,5% (áreas mediantemente urbanas) e 16,4% pelo tipo de proprietário da habitação.

Quanto à situação profissional dos inquiridos este indicador exógeno prediz 6,9% de vitalidade e o tipo de vínculo 9,7%, o que nos levou a afirmar que as pessoas que se encontravam a trabalhar e que tivessem um vínculo laboral do tipo “quadro” revelaram significativamente melhores resultados de saúde mental ao nível do índice em referência comparativamente às pessoas que se encontravam desempregadas ou reformadas.

Ao nível do índice *função social*, mais uma vez, a idade ($Z = -5,620; p < 0,0001$), o sexo ($Z = 4,809; p < 0,0001$), bem como a condição familiar de casado/união de facto ($Z = 2,596; p = 0,009$), religião ($Z = 2,733; p = 0,006$), tipo de proprietário, situação profissional e tipo de vínculo foram os preditores que significativamente apresentaram impacto no índice em análise.

As pessoas que revelaram um melhor índice de função social são significativamente as pessoas mais novas, do sexo masculino, que estão no momento presente casadas/união de facto e que se

encontram integradas religiosamente comparativamente às pessoas mais velhas, do sexo feminino, viúvas e sem religião. Com base nestes resultados, o índice de função social foi significativamente predito em 22,0% pela idade, 13,9% pelo sexo, 9,4% pela condição familiar e 8,1% pela religião.

Quanto ao tipo de proprietário, este indicador exógeno só prediz o índice em referência em 8,9% e valores semelhantes ocorreram ao nível da situação laboral e tipo de vínculo e que foram de 8,1% e 6,7% respetivamente. Face ao exposto, as pessoas que são proprietárias da sua habitação, que se encontram desempregadas ou reformadas e que enquanto trabalhadores possuem um vínculo precário demonstraram piores resultados de função social face às pessoas que vivem em casas arrendadas, que estão empregadas e têm um vínculo laboral do tipo “quadro”.

Ao nível *emocional* também a idade ($Z = -5,335; p < 0,0001$), o sexo ($Z = 2,818; p = 0,005$), a situação familiar ($Z = 2,188; p = 0,029$), o tipo de proprietário, a situação profissional e tipo de vínculo ($Z = 4,169; p < 0,0001$) contribuíram de forma significativa para a variação explicada do índice em análise.

As pessoas com *idade* mais avançada, do *sexo* feminino e que se encontram numa condição de *viuvez* revelaram pior desempenho emocional na sua vida quotidiana comparativamente às pessoas mais novas, do sexo masculino e que estão casadas/união de facto. Estes resultados são preditos pela idade em 20,4%, pelo sexo em 7,9% e 7,7% pela situação familiar no que diz respeito ao índice em referência. O desempenho emocional também foi predito em 12,0% pelo *tipo de proprietário*, 16,7% do tipo de *situação profissional* e 13,1% do *tipo de vínculo laboral*. Face ao exposto as pessoas que vivem em habitações arrendadas, que estão ativas a nível laboral e que têm um contrato laboral por tempo indeterminado apresentam índices significativamente superiores de desempenho emocional comparativamente às pessoas que são proprietárias da sua habitação, que estão numa situação de desemprego ou reformadas e que estando a trabalhar têm um contrato de trabalho por tempo determinado.

Por último, os preditores exógenos que mais contribuíram para a variação explicada do índice de *Saúde Mental* foram a idade ($Z = -2,464; p = 0,014$), o sexo ($Z = 4,829; p < 0,0001$), grau habilitacional – ensino superior ($Z = 2,421; p = 0,015$), tipo de proprietário, situação profissional e tipo de vínculo laboral ($Z = 2,814; p = 0,005$).

Constatamos que as pessoas com mais idade (9,7%), do sexo feminino (13,9%) e com ensino básico ou menos (7,9%) revelam menor bem-estar psicológico comparativamente às pessoas mais novas, do sexo masculino e com formação superior. Também as pessoas que revelaram viver em habitações arrendadas (17,8%), que estão empregadas (12,9%) e com vínculo laboral de lugar de “quadro” (9,1%) apresentaram significativamente melhores resultados de saúde mental (menor ansiedade e depressão) comparativamente às pessoas que são proprietárias das suas habitações,

que estão no desemprego ou reformadas e que as que trabalham apresentaram um vínculo laboral precário. O quadro seguinte resume a informação anteriormente apresentada.

Quadro 146: Perfis de Estado de Saúde - Mental segundo os Preditores de Contexto.

	VARIÁVEIS ENDÓGENAS											
	VITALIDADE			FUNÇÃO SOCIAL			DESEMPENHO EMOCIONAL			SAÚDE MENTAL		
	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta i}$)	β_i	R^2_{adj}
IDADE	-0,436(0,067)	-0,241***	0,217	-0,381(0,068)	-0,220***	0,127	-0,355(0,067)	-0,204***	0,176	-0,156(0,063)	-0,097*	0,128
SEXO	8,497(1,188)	0,195***		5,780(1,202)	0,139***		3,324(1,180)	0,079**		5,414(1,121)	0,139***	
ENSINO SECUNDARIO	1,680(1,441)	0,035		-0,728(1,458)	-0,016		-1,216(1,431)	-0,026		0,334(1,360)	0,008	
ENSINO SUPERIOR	3,968(1,529)	0,081**		1,004(1,547)	0,021		1,980(1,519)	0,042		3,494(1,443)	0,079*	
SOLTEIRO	-0,863(2,405)	-0,012		0,148(2,434)	0,002		2,066(2,389)	0,031		1,144(2,270)	0,018	
CASADO/UNIÃO DE FACTO	0,764(1,693)	0,016		4,446(1,713)	0,094**		3,679(1,681)	0,077*		2,876(1,597)	0,065	
INTEGRADO RELIGIOSAMENTE	8,352(2,012)	0,117***		5,562(2,035)	0,081**		1,896(1,998)	0,028		1,572(1,898)	0,025	
PRATICANTE (RELIGIÃO)	-2,695(1,326)	-0,059*		0,504(1,342)	0,011		1,024(1,317)	0,023		-0,512(1,252)	-0,012	
APU	8,830(1,918)	0,197***		3,512(1,940)	0,082		2,924(1,905)	0,067		2,951(1,810)	0,074	
AMU	9,791(2,069)	0,195***		3,424(2,094)	0,071		1,669(2,055)	0,034		2,859(1,953)	0,064	
TIPO PROPRIETÁRIO	-8,112(1,475)	-0,164***		-4,236(1,493)	-0,089**		-5,759(1,465)	-0,120***		-7,883(1,392)	-0,178***	
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	3,491(1,752)	0,069*		3,924(1,772)	0,081*		8,165(1,740)	0,167***		5,854(1,653)	0,129***	
TIPO VINCULO	6,018(1,895)	0,097**		3,957(1,921)	0,067*		7,830(1,878)	0,131***		5,035(1,789)	0,091**	

T_{test}: Modelos de Regressão Linear Múltipla Multivariada (MRLMDV); Estimadores: $\hat{\beta}_i$: Coeficiente de regressão não estandardizado; ($\hat{\sigma}_{\beta i}$) Erro padrão do coeficiente de regressão não estandardizado; β_i : coeficiente de regressão estandardizado; R^2_{adj} : Coeficiente de Determinação Ajustado. *Variáveis Dependentes*: MESEF e MIESM; *Variáveis Práticas*: Características Sociobiográficas. N=1135. ***p<0,0001; **p<0,01; *p<0,05.

Variáveis ativas (1) e *ativas* (0): sexo masculino (1) feminino (0); Habilitações Hierárquicas – Ensino Básico (0), Ensino Secundário (1), Ensino Superior (1); Estado Civil – Viúvo (0), Solteiro (1), Casado/União de Facto (1), Divorciado/Separado (1); Integrado numa religião – Não (0) e Sim (1); Tipo de Praticante – Não Praticante (0) e Praticante (1); Área de Residência – APU (0) e AMU (1) ou AMU (1); Tipo de Proprietário – Arrendamento (0) e Proprietário (1); Situação Profissional – Inativo (0) e Ativo (1); Tipo de Vínculo – Tempo determinado (0) e Tempo Indeterminado (1).

2.3.2 PERFIL DE SAÚDE E OS INDICADORES DE ESTADO DE SAÚDE

2.3.2.1 PERFIL DE SAÚDE ASSOCIADO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Para a definição de um perfil de saúde quanto aos cuidados de saúde (indicadores de saúde) procuramos compreender como determinados cuidados de saúde concorriam para um melhor perfil de percepção de saúde. Definiram-se como características exógenas os cuidados de saúde enquanto as variáveis endógenas foram as MESF e MESM.

As variáveis exógenas que foram transformadas de categóricas a variáveis ativas (1) e *dummies* (0) foram: Número de entidades de saúde para os seus cuidados de saúde: 1 instituição de saúde (0) 2 Instituições de Saúde (1) 3 Instituições de Saúde (1); Nos últimos 3 meses consultou um médico: Não (0) Sim (1); Consumo de Medicamentos receitados pelo médico (CMRM) nas duas últimas semanas: Não (0) Sim (1) (quadro 107).

O modelo ajustado (R^2_{adj}) explicou 10,5% de Função Física, 9,1% do Desempenho Físico, 13,8% de Dor Corporal e a Saúde em Geral em 9,9% (Quadro 147).

Como podemos constatar, ao nível do índice de *função física*, os preditores de contexto com impacto significativo neste mesmo índice foram as variáveis exógenas o *número de consultas médicas* nos últimos três meses do ano, a procura de *duas instituições de saúde* ($Z = 3,755; p < 0,0001$), bem como de *três instituições de saúde* para os cuidados de saúde ($Z = 2,496; p = 0,013$) e ainda o *consumo de medicamentos com receita médica* ($Z = -2,447; p = 0,014$). Face ao exposto, podemos afirmar que as pessoas com melhor condição de saúde ao nível da função física tiveram, nos últimos 3 meses, menor número de consultas, procuraram duas e três instituições de saúde nesse mesmo período para os seus cuidados de saúde e não consumiram medicamentos com receita médica nas duas últimas semanas. A variação explicada do índice de saúde em análise foi melhor predito pelo número de consultas médicas nos últimos 3 meses em 27,4% seguida da opção duas instituições de saúde para os seus cuidados de saúde com uma proporção de variação de 11%. Os preditores com menor impacto de variabilidade sobre a variável endógena foram as pessoas que procuraram 3 instituições de saúde nos últimos 3 meses (7,3%) e o consumo de medicamentos com receita médica (7,0%).

Ao nível da variável endógena *desempenho físico*, constatamos que os preditores com maior impacto sobre o mesmo índice foram o *número de consultas médicas* nos últimos três meses do ano, a procura de *duas instituições de saúde*, bem como de *três instituições de saúde* para os cuidados de saúde ($Z = 2,144; p = 0,032$). O desempenho físico foi predito em 25,9% pelo número de consultas autodeclaradas nos últimos três meses do ano, seguida da procura de duas instituições de saúde para os cuidados médicos com uma proporção de 11,8% e ainda o preditor exógeno com menor impacto de variabilidade 3 instituições de saúde para os cuidados médicos (6,3%). Perante

os resultados estimados e à semelhança do que se verificou ao nível do índice função física, as pessoas que tiveram o menor número de consultas médicas nos últimos 3 meses e que nesse mesmo período procuraram 2 ou 3 instituições de saúde perceberam melhores resultados de saúde ao nível do desempenho físico comparativamente às pessoas com maior número de consultas nos últimos três meses, e que só procuraram uma instituição de saúde para os seus cuidados no período em referência.

Os preditores com maior poder explicativo sobre a variável endógena *dor corporal* foram a consulta médica nos últimos 3 meses, bem como a frequência de consultas e o número de instituições de saúde para os seus cuidados de saúde durante esse mesmo período bem como o consumo de medicamentos com receita médica ($Z = -3,352; p < 0,0001$). A variável endógena foi melhor predita pelo número de consultas realizadas pelos inquiridos em 24,6%, seguida pela procura de duas instituições de saúde para os seus cuidados médicos em 13,4% e com menor impacto foram a consulta médica nos últimos três meses anteriores à entrevista em que a proporção de variabilidade foi de 9,7% e com padrão semelhante foi o consumo de medicamentos com receita médica nas duas últimas semanas (9,8%).

De acordo com os resultados expostos no quadro 147, as pessoas que consultaram o médico nos 3 últimos meses, mas revelaram o menor número de consultas durante esse período e que procuraram no mínimo duas instituições de saúde para os seus cuidados médicos mas que não consumiram medicamentos nas duas últimas semanas anteriores à entrevistas apresentaram significativamente menor impacto da dor corporal na sua rotina diária comparativamente às pessoas que consultaram o médico nos últimos 3 meses, que tiveram consultas nesse período apesar de só recorrerem a uma só instituição de saúde e que tomaram medicamentos com receita médica.

Por fim, quanto ao índice saúde em geral, só dois preditores exógenos é que revelaram ter impacto significativo no índice em análise e que foram: a *consulta médica nos últimos três meses* e a *frequência de consultas durante esse mesmo período*.

As pessoas que tiveram uma consulta com o médico nos últimos três meses mas com uma baixa frequência de consultas durante esse mesmo período de tempo demonstraram uma percepção de saúde mais elevada comparativamente às pessoas que consultaram um médico e que recorreram a ele várias vezes nesse mesmo período de tempo.

O quadro seguinte resume os resultados anteriormente descritos.

Quadro 147: Perfis de Estado de Saúde – Física e Mental segundo os Preditores Cuidados de Saúde.

Variáveis Exógenas	VARIÁVEIS ENDÓGENAS											
	FUNÇÃO FÍSICA			DESEMPENHO FÍSICO			DOR CORPORAL			SAÚDE GERAL		
	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}
CONSULTA MÉDICA \leq 3 MESES	-0,624(1,417)	-0,015	0,105	-0,404(1,543)	-0,009	0,091	-4,802(1,617)	-0,097**	0,138	-2,745(1,234)	-0,075*	0,099
NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS \leq 3 MESES	-3,542(0,436)	-0,274***		-3,625(0,474)	-0,259***		-3,697(0,497)	-0,246***		-2,834(0,379)	-0,252***	
DUAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	4,653(1,239)	0,109***		5,421(1,349)	0,118***		6,612(1,414)	0,134***		1,525(1,080)	0,041	
TRÊS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	5,916(2,370)	0,073*		5,532(2,580)	0,063*		4,888(2,705)	0,052		2,103(2,065)	0,030	
CONSUMO DE MEDICAMENTOS COM RECEITA MÉDICA	-2,886(1,179)	-0,069*		-1,762(1,284)	-0,039		-4,754(1,346)	-0,098***		-1,451(1,027)	-0,040	
CUIDADOS DE SAÚDE												
	VITALIDADE			FUNÇÃO SOCIAL			DESEMPENHO EMOCIONAL			SAÚDE MENTAL		
	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}
CONSULTA MÉDICA \leq 3 MESES	-1,009(1,458)	-0,023	0,128	-2,514(1,469)	-0,059	0,053	0,255(1,465)	0,006	0,066	-0,083(1,351)	-0,002	0,092
NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS \leq 3 MESES	-3,446(0,448)	-0,256***		-2,021(0,452)	-0,155***		-3,115(0,450)	-0,238***		-2,761(0,415)	-0,226***	
DUAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	9,202(1,271)	0,208***		4,721(1,284)	0,110***		3,690(1,280)	0,086**		7,316(1,179)	0,182***	
TRÊS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	6,689(2,435)	0,079**		4,488(2,457)	0,055		7,954(2,450)	0,097**		7,421(2,257)	0,097**	
CONSUMO DE MEDICAMENTOS COM RECEITA MÉDICA	-2,800(1,213)	-0,065*		-0,712(1,223)	-0,017		0,730(1,220)	0,017		-1,717(1,124)	-0,044	

Testes: Modelos de Regressão Linear Múltipla Multivariada (MRLMM); Estimadores: $\hat{\beta}_i$; Coeficiente de regressão não estandardizado; ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$) Erro padrão do coeficiente de regressão não estandardizado; β_i : coeficiente de regressão estandardizado; R^2_{adj} : Coeficiente de Determinação Ajustado. Variáveis Dependentes: MESF e MF-SM; Variáveis Preditoras: Cuidados de Saúde. *** $p < 0,0001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Sim (1); Consumo de Medicamentos prescritados pelo médico nas duas últimas semanas: Não (0) Sim (1) (0) Sim (1) 3 Instituições de Saúde (1) 2 Instituições de Saúde (0) 1 instituição de saúde (0) 1 instituição de saúde (1); Nos últimos 3 meses consultou um médico: Não (0)

Quanto às MESM o modelo ajustado é explicado em 12,8% pela Vitalidade, 5,3% quanto à Função Social, 6,6% referente ao Desempenho Emocional e 9,2% à Saúde Mental respetivamente (quadro 147).

Ao avaliarmos os índices de saúde mental individualmente, verificamos que os preditores considerados como “*cuidados de saúde*” com impacto significativo ao nível do índice de *vitalidade* foram a frequência de consultas médicas nos últimos 3 meses anteriores à entrevista ($Z = -7,688; p < 0,0001$), duas e três instituições de saúde para os seus cuidados médicos e ainda o não consumo de medicamentos com receita médica. Perante estes efeitos podemos afirmar que as pessoas com menor número de consultas médicas mas que procuraram ser atendidas em duas ou mais instituições para os seus cuidados de saúde e que não consumiram medicamentos (receitados pelo médico) nas duas últimas semanas apresentaram uma perceção de saúde ao nível da vitalidade significativamente melhor.

A variabilidade do índice de vitalidade foi então melhor predita pela frequência de consultas médicas nos últimos três meses e que foi de 25,6% seguida pelo preditor exógeno duas instituições de saúde para os seus cuidados médicos em 21%. Os preditores com menor poder explicativo na predição do índice em análise foi “três instituições de saúde” (7,9%) e “consumo de medicamentos com receita médica” (6,5%).

306 No que diz respeito ao índice *função social*, este foi predito em 15,5% pela variável exógena número de consultas nos últimos 3 meses anteriores à entrevista ($Z = -4,474; p < 0,0001$) e o número de entidades de saúde (duas instituições) que foi de 11%. As pessoas que autodeclararam maior número de consultas médicas e que para os seus cuidados de saúde recorreram a uma instituição de saúde apresentaram significativamente piores resultados de saúde no que diz respeito ao índice em análise face às pessoas que menos consultas tiveram num período de três meses anteriores à entrevista e que recorreram a duas instituições de saúde para os seus cuidados de saúde.

Quanto ao *desempenho emocional*, constatamos de forma significativa que as pessoas que tiveram o menor número de consultas médicas nos últimos três meses ($Z = -6,916; p < 0,0001$) mas que indicaram ter procurado tanto duas ou três instituições de saúde para os seus cuidados médicos revelaram melhor condição de saúde quanto ao desempenho emocional face a pessoas que necessitaram ter várias consultas e que tiveram de recorrer a uma só instituição de saúde nesse mesmo período. O preditor exógeno com maior efeito explicativo sobre o índice endógeno em referência foi o número de consultas nos últimos 3 meses e que foi de 23,8%, seguido dos preditores com menor impacto (8,7%) e três instituições (9,7%).

Por fim, no que diz respeito ao bem-estar psicológico, este revelou um padrão explicativo relativamente semelhante ao índice de desempenho emocional.

2.3.2.2 PERFIL DE SAÚDE ASSOCIADO AOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

Propusemo-nos nesta etapa também identificar o perfil de saúde segundo os comportamentos saúde (controlo e prevenção). Os indicadores de saúde foram classificados como características exógenas enquanto as MESF e as MESM classificaram-se como variáveis endógenas.

Os indicadores de saúde que foram transformados em variáveis ativas (1) e *dummies* (0) são: Vacina: Não (0) Sim (1); Medição da tensão arterial: Não (0) Sim (1); Medição do Colesterol: Não (0) Sim (1); Mamografia: Não (0) Sim (1); Citologia: Não (0) Sim (1); Consultou o dentista nos últimos 12 meses: Não (0) Sim (1); Tem consultas de rotina no dentista: Não (0) Sim (1); Tem por hábito escovar os dentes: Nunca ou Às vezes (0) 2 vezes ou mais por dia (1); Utiliza outros produtos de higiene oral para além da pasta: Não (0) Sim (1).

Quanto às MESF constatamos que o modelo ajustado (R^2_{adj}) explicou 18,6% de Função Física, 17,7% do Desempenho Físico, 14,3% de Dor Corporal e a Saúde em Geral em 16,3% (Quadro 148).

Os preditores exógenos que significativamente revelaram impacto na variação explicada do índice de *função física* foram os comportamentos associados à toma da vacina contra a gripe ($Z = -5,797; p < 0,0001$), da medição do colesterol ($Z = -3,617; p < 0,0001$), da realização de mamografia ($Z = -3,006; p = 0,003$) e citologia ($Z = 4,466; p < 0,0001$), consulta do dentista ($Z = 2,503; p = 0,012$) e a prática de escovar os dentes ($Z = 8,570; p < 0,0001$).

Constatamos que as pessoas que não se *vacinam contra a gripe* (16,3%) que não mediam o *colesterol* (12,2%) com regularidade, que enquanto mulher não realizam o *rastreio da mama* (11,3%) mas que realizam *citologia* (17,4%) apresentaram uma condição de saúde física significativamente maior face às pessoas que se vacinavam, que avaliavam com regularidade o seu colesterol e que enquanto mulheres realizam exames de rastreio.

No âmbito dos *cuidados de higiene oral*, verificamos que as pessoas que consultam com regularidade um profissional de saúde oral (9,1%) e que têm por prática a lavagem dos dentes duas vezes ou mais ao dia (24,5%) revelaram melhores resultados de saúde ao nível físico comparativamente às pessoas que não consultam um profissional de saúde oral de forma regular e que só lavavam os dentes de vez em quando ou nunca o faziam.

Ao nível do índice de saúde *desempenho físico* constatamos que as variáveis exógenas estatisticamente determinantes na variação explicada deste índice foram os comportamentos de vacinação contra a gripe ($Z = -5,473; p < 0,0001$), o controlo do colesterol ($Z = -6,566; p < 0,0001$), a realização de exames citológicos ($Z = 3,790; p < 0,0001$) e cuidados de saúde oral ($Z_{consulta regular} = 2,227; p = 0,026; Z_{escovagem dentes 2x} = 7,657; p < 0,0001$).

Podemos verificar que a percepção de saúde no que diz respeito ao maior desempenho físico foi predito por pessoas que não têm por hábito vacinarem-se contra a gripe (15,5%), que não têm o cuidado de controlar o seu colesterol (22,1%), mas que no caso das mulheres realizavam exames citológicos periodicamente (14,9%). Também podemos verificar que o melhor desempenho físico foi explicado por comportamentos adequados pela nossa população como a visita regular ao dentista (8,2%) e a higiene oral (lavagem dos dentes) duas vezes ao dia (22,0%).

Também os preditores exógenos com maior impacto na saúde no que diz respeito ao índice dor corporal foram os comportamentos de saúde de vacinação ($Z = -5,961; p < 0,0001$), controlo do colesterol ($Z = -4,171; p < 0,0001$), visita regular a um profissional de saúde oral ($Z = 2,517; p = 0,012$) e cuidados de higiene oral ($Z = 6,689; p < 0,0001$).

O comportamento de vacinação por parte dos nossos inquiridos permitiu predizer 17,0% do índice em análise, seguida do comportamento de controlo do colesterol em 14,2% e 19,4% pelos hábitos de lavagem dos dentes duas vezes ao dia ou mais e com menor poder explicativo a consulta regular do um profissional de saúde oral (9,3%).

Quanto ao último índice das medidas de estado de saúde física, constatamos que os preditores que revelaram um efeito na variação explicada da saúde em geral foram os comportamentos de vacinação ($Z = -6,028; p < 0,0001$), controlo do colesterol ($Z = -4,844; p < 0,0001$), realização de exames periódicos do foro feminino ($Z_{mamografia} = -2,811; p = 0,005$; $Z_{citologia} = 3,579; p < 0,005$), bem como a consulta regular de um profissional de saúde oral ($Z = 2,663; p = 0,026$) e práticas de higiene oral ($Z = 6,773; p < 0,0001$).

Uma visão mais positiva de saúde em geral verificou-se em pessoas que revelam comportamentos de não vacinação contra a gripe (17,2%), controlo do colesterol (16,5%) bem como a realização de exames periódicos de mamografia (10,7%) mas que realizam exames citológicos (14,1%) e que consultam com regularidade o profissional de saúde oral (9,8%) e bons hábitos de higiene oral no que diz respeito à frequência de lavagens dos dentes (19,6%).

A complementaridade desta análise está refletida no quadro 148 da página seguinte:

Quadro 148: Perfis de Estado de Saúde - Física segundo os Preditores Comportamentos de Saúde.

VARIÁVEIS EXÓGENAS	FUNÇÃO FÍSICA			DESEMPENHO FÍSICO			DOR CORPORAL			SAÚDE GERAL		
	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\hat{\beta}_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\hat{\beta}_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\hat{\beta}_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\hat{\beta}_i}$)	β_i	R^2_{adj}
VACINA DA GRIPE	-7,690(1,327)	-0,163***	0,179	-7,868(1,438)	-0,155***	0,166	-9,319(1,563)	-0,170***	0,142	-7,015(1,164)	-0,172***	0,157
MEDIR TENSÃO ARTERIAL	-2,388(1,511)	-0,049		-0,129(1,637)	-0,002		0,165(1,781)	0,003		-0,140(1,326)	-0,003	
MEDIR COLESTEROL	-5,099(1,410)	-0,122***		-10,025(1,527)	-0,221***		-6,935(1,663)	-0,142***		-5,992(1,237)	-0,165***	
REALIZAR MAMOGRAFIA	-5,189(1,726)	-0,113**		-2,000(1,881)	-0,040		-2,940(2,055)	-0,055		-4,270(1,519)	-0,107**	
REALIZAR CITOLOGIA	7,569(1,695)	0,174***		6,999(1,847)	0,149***		-2,165(2,026)	-0,043		5,349(1,494)	0,141***	
CONSULTA NO DENTISTA $\leq 12M$	1,225(1,960)	0,022		-0,200(2,126)	-0,003		-2,861(2,308)	-0,045		-0,857(1,719)	-0,018	
CONSULTA REGULAR DENTISTA	4,072(1,626)	0,091*		3,929(1,764)	0,082*		4,824(1,916)	0,093*		3,797(1,426)	0,098**	
ESCOVA OS DENTES $\geq 2/DIA$	11,683(1,363)	0,245***		11,310(1,477)	0,220***		10,744(1,606)	0,194***		8,102(1,196)	0,196***	
UTILIZAÇÃO DE OUTROS PRODUTOS DE HIGIENE ORAL	-1,684(1,172)	-0,041		-1,901(1,270)	-0,043		-1,187(1,381)	-0,025		0,026(1,028)	0,001	

Txta: Modelos de Regressão Linear Múltipla Multivariada (MRLMDM); *Estimadores:* $\hat{\beta}_i$: Coeficiente de regressão não estandardizado; ($\hat{\sigma}_{\hat{\beta}_i}$) Erro padrão do coeficiente de regressão não estandardizado; β_i : coeficiente de regressão estandardizado; R^2_{adj} : Coeficiente de Determinação Ajustado. *Variáveis Dependentes:* MESF e MESM; *Variáveis Predictoras:* Comportamentos de Saúde. *** $p < 0,0001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Variáveis ativas (1) e dummies (0) são: Vacina: Não (0) Sim (1); Medição da tensão arterial: Não (0) Sim (1); Medição do Colesterol: Não (0) Sim (1); Citologia: Não (0) Sim (1); Consultou o dentista nos últimos 12 meses: Não (0) Sim (1); Tem consultas de rotina no dentista: Não (0) Sim (1); Tem por hábito escovar os dentes: Nunca ou Às vezes (0) 2 vezes ou mais por dia (1); Utiliza outros produtos de higiene oral para além da pasta: Não (0) Sim (1).

No que diz respeito às MESM ao nível dos comportamentos de saúde, enquanto indicadores de saúde, o modelo ajustado foi explicado em 10,7% pela Vitalidade, 7,8% quanto à Função Social, 9,3% referente ao Desempenho Emocional e 8,3% à Saúde Mental respetivamente (Quadro 149).

O índice de *vitalidade* foi significativamente predito pelos comportamentos de saúde como a vacinação, controlo da tensão arterial ($Z = 2,455; p = 0,014$) e colesterol bem como dos cuidados de higiene oral ($Z = 6,343; p < 0,0001$). Podemos afirmar que as pessoas que revelam melhores resultados nos níveis de energia no seu dia-a-dia não se vacinam contra a gripe (8,7%), mas controlam a sua tensão arterial (7,9%) e não o seu colesterol (18,7%) e têm hábitos de lavagem dos dentes de duas ou mais vezes por dia (18,7%).

Também com impacto significativo no índice da *função social* foram os comportamentos de higiene oral em que escovar os dentes 2 ou mais vezes ao dia revelou um efeito na variação explicada do índice em referência em 13,7% ($Z = 4,547; p < 0,0001$) e com menor impacto de variabilidade a utilizações de outros produtos de higiene oral que foi de 6,1%. Os preditores vacinação contra a gripe e controlo do colesterol também revelaram uma variação explicada sobre o índice da função social superior a 12%. Boas práticas de higiene oral no dia-a-dia, mas não a exposição à vacina da gripe nem o controlo regular do colesterol revelaram estar associados a resultados mais positivos de função social face às pessoas que assumiram não terem uma correta higiene oral, que se vacinam contra a gripe e controlam o colesterol.

310

Os preditores da medida de estado de saúde mental identificado por desempenho emocional foram os comportamentos de vacinação, controlo do colesterol, visita regular de um profissional de saúde oral e higiene oral. O *desempenho emocional* revelou estar significativamente mais elevado perante as pessoas que não revelaram comportamentos de proteção como a toma da vacina contra a gripe (11,8%), como também não controlam o respetivo colesterol (13,8%) mas que revelaram ainda a prática adequada da lavagem dos dentes (19,0%) e a consulta regular do profissional de saúde oral (7,3%).

Por fim, o índice de saúde mental teve como preditores significativos os comportamentos de proteção como a vacinação contra a gripe, controlo da tensão arterial e colesterol, bem como a visita regular a um profissional de saúde oral e higiene oral. Face ao exposto, o melhor bem-estar psicológico (menores níveis de ansiedade e de depressão) foi predito pela ausência de comportamentos de proteção contra o vírus da gripe (10%), do não controlo regular da tensão arterial (8%) e do colesterol (12,7%), mas revelaram uma boa higiene oral quanto à frequência de lavagem de dentes por dia (16,2%) e também o cuidado na visita regular de um profissional de saúde oral (8,4%). Estes resultados poderão ser apoiados pelo quadro seguinte que resume os resultados principais do modelo multivariado.

Quadro 149: Perfis de Estado de Saúde - Mental segundo os Preditores Comportamentos de Saúde.

VARIÁVEIS EXÓGENAS	VITALIDADE			FUNÇÃO SOCIAL			DESEMPENHO EMOCIONAL			SAÚDE MENTAL		
	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	β_i	R^2_{adj}
VACINA DA GRIPE	-4,253(1,426)	-0,087**	0,106	-5,799(1,402)	-0,122***	0,076	-5,627(1,398)	-0,118**	0,092	-4,441(1,314)	-0,100***	0,081
MEDIR TENSÃO ARTERIAL	3,978(1,621)	0,079*		2,708(1,595)	0,056		-0,496(1,589)	-0,010		3,645(1,494)	0,080*	
MEDIR COLESTEROL	-8,173(1,513)	-0,187***		-5,462(1,489)	-0,129***		-5,857(1,484)	-0,138***		-5,047(1,395)	-0,127***	
REALIZAR MAMOGRAFIA	-1,836(1,877)	-0,039		-1,284(1,847)	-0,028		0,530(1,841)	0,011		-1,278(1,730)	-0,029	
REALIZAR CITOLOGIA	-1,993(1,872)	-0,044		-1,291(1,843)	-0,029		2,409(1,836)	0,055		-1,920(1,726)	-0,047	
CONSULTA NO DENTISTA $\leq 12M$	-0,907(2,111)	-0,016		0,734(2,076)	0,013		-0,026(2,068)	0,000		0,916(1,944)	0,018	
CONSULTA REGULAR DENTISTA	2,019(1,755)	0,044		3,173(1,724)	0,071		3,282(1,718)	0,073*		3,556(1,614)	0,084*	
ESCOVA OS DENTES $\geq 2/DIA$	9,295(1,465)	0,187***		6,556(1,442)	0,137***		9,143(1,437)	0,190***		7,295(1,351)	0,162***	
UTILIZAÇÃO DE OUTROS PRODUTOS DE HIGIENE ORAL	-2,132(1,262)	-0,049		-2,552(1,242)	-0,061*		-1,953(1,237)	-0,047		-1,867(1,163)	-0,048	

Tabela: Modelos de Regressão Linear Múltipla Multivariada (MRLMM); *Estimadores:* $\hat{\beta}_i$: Coeficiente de regressão não estandardizado; ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$) Erro padrão do coeficiente de regressão não estandardizado; β_i : coeficiente de regressão estandardizado; R^2_{adj} : Coeficiente de Determinação Ajustado. *Variáveis Dependentes:* MESF e MESM; *Variáveis Predictoras:* Comportamentos de Saúde. N=1189 Comportamentos de saúde. ***p<0,0001; **p<0,01; *p<0,05

Variáveis ativas (1) e dummies (0) são: Vacina: Não (0) Sim (1); Medição da tensão arterial: Não (0) Sim (1); Medição do Colesterol: Não (0) Sim (1); Mamografia: Não (0) Sim (1); Citoologia: Não (0) Sim (1); Consultou o dentista nos últimos 12 meses: Não (0) Sim (1); Tem consultas de rotina no dentista: Não (0) Sim (1); Tem por hábito escovar os dentes: Nunca ou Às vezes (0) 2 vezes ou mais por dia (1); Utiliza outros produtos de higiene oral para além da pasta: Não (0) Sim (1).

2.3.2.3 PERFIL DE SAÚDE ASSOCIADO À DOENÇA CRÓNICA

Procuramos identificar o perfil de saúde segundo a presença de “doenças crónicas”. As variáveis predictoras identificadas anteriormente e que ficaram selecionadas para o modelo final classificaram-se como variáveis exógenas enquanto as variáveis dependentes (endógenas), na linha de orientação apresentado anteriormente são as MESF e MESM.

As variáveis exógenas categóricas foram posteriormente transformadas em variáveis ativas (1) e *dummies* (0). Foram elas: HTA: Sim (1) e Não (0); Asma: Sim (1) e Não (0); Bronquite: Sim (1) e Não (0); Dor crónica: Sim (1) e Não (0); Ferida crónica: Sim (1) e Não (0); AVC: Sim (1) e Não (0); Doença Reumática: Sim (1) e Não (0); Osteoporose: Sim (1) e Não (0); Tumor Maligno: Sim (1) e Não (0); Doença Renal: Sim (1) e Não (0); Doença Mental: Sim (1) e Não (0); Doença Cardíaca: Sim (1) e Não (0); Outras doenças: Sim (1) e Não (0).

Quanto ao primeiro modelo que está associado às MESF verificamos que o mesmo, quanto ao seu ajustamento (R^2_{adj}), explicou 25,6% de Função Física, 22,5% do Desempenho Físico, 22,7% de Dor Corporal e a Saúde em Geral em 24,1% (Quadro 150).

Quanto a variável critério *função física* esta foi significativamente predita pelas doenças crónicas enquanto variáveis exógenas diabetes ($Z = -4,993; p < 0,0001$) hipertensão arterial ($Z = -4,304; p < 0,0001$), asma, dor crónica ($Z = -2,225; p = 0,011$), acidente vascular cerebral ($Z = -3,407; p < 0,0001$), doença cardíaca ($Z = -5,345; p < 0,0001$), Doença reumática ($Z = -8,023; p < 0,0001$), osteoporose ($Z = -2,780; p = 0,005$), e outras doenças. Face ao exposto, as pessoas com doença reumática (22,8%), presença de doença cardíaca (14,0%), diabetes (13,2%), hipertensão arterial (11,9%) e que sofreram acidente vascular cerebral (9%), de asma (7,6%), tenham osteoporose (7,5%), dor crónica (7,0%) e outras doenças (6,5%) revelaram significativamente pior condição física face às pessoas em que estas doenças não estariam presentes. Padrão semelhante ocorreu ao nível do índice de desempenho físico, isto é, o agravamento deste mesmo índice endógeno este associado sensivelmente aos mesmos preditores de saúde do índice de saúde função física mas também com real relevância do impacto negativo com a presença de ferida crónica, como também o tumor maligno, e a doença mental.

Quanto aos preditores exógenos com maior impacto negativo sobre a variável endógena *dor corporal* foram a diabetes ($Z = -3,034; p = 0,002$) hipertensão arterial ($Z = -3,523; p < 0,0001$), dor crónica ($Z = -3,278; p < 0,0001$), acidente vascular cerebral ($Z = -2,631; p = 0,009$), doença cardíaca ($Z = -2,105; p = 0,035$), doença reumática ($Z = -7,768; p < 0,0001$), osteoporose ($Z = -1,941; p = 0,052$), tumor maligno ($Z = -2,541; p = 0,011$), e doença mental ($Z = -5,747; p < 0,0001$). Quanto ao efeito explicativo da variabilidade da dor corporal, constatamos que a doença com maior efeito foi doença reumática com uma proporção de variabilidade de 22,5% seguida

das doenças mentais em 15,7%, e com menor variação proporcional (<10%) as restantes doenças anteriormente apresentadas.

Por fim, quanto à percepção de saúde em geral, constatamos que as doenças crónicas que revelaram efeitos significativos na variação explicada do índice endógeno em referência foram mais uma vez a diabetes ($Z = -4,028; p < 0,0001$) hipertensão arterial ($Z = -4,323; p < 0,0001$), bronquite crónica ($Z = -3,163; p = 0,002$), dor crónica ($Z = -2,215; p = 0,027$), doença cardíaca ($Z = -3,321; p < 0,0001$), doença reumática ($Z = -5,894; p < 0,0001$), osteoporose ($Z = -4,166; p = 0,052$), tumor maligno ($Z = -2,215; p = 0,015$), doença renal, doença mental ($Z = -4,399; p < 0,0001$) e outras doenças.

Os resultados resumidos podem ser consultados no quadro 150 da página seguinte:

Quadro 150: Perfis de Estado de Saúde - Física segundo os Preditores Doenças Crônicas.

VARIÁVEIS EXÓGENAS	FUNÇÃO FÍSICA			DESEMPENHO FÍSICO			DOR CORPORAL			SAÚDE GERAL		
	β_1 ($\hat{\sigma}_{\beta_1}$)	β_1	R^2_{adj}	β_1 ($\hat{\sigma}_{\beta_1}$)	β_1	R^2_{adj}	β_1 ($\hat{\sigma}_{\beta_1}$)	β_1	R^2_{adj}	β_1 ($\hat{\sigma}_{\beta_1}$)	β_1	R^2_{adj}
DIABETES	-13,699(2,744)	-0,132***	0,256	-12,337(3,024)	-0,110***	0,225	-9,865(3,251)	-0,081**	0,230	-9,686(2,405)	-0,107***	0,241
HIPERTENSÃO ARTERIAL	-6,878(1,598)	-0,119***		-6,471(1,762)	-0,104***		-6,672(1,894)	-0,099***		-6,056(1,401)	-0,121***	
ASMA	-11,609(3,986)	-0,076**		-1,499(4,394)	-0,009		-3,371(4,724)	-0,019		0,733(3,494)	0,006	
BRONQUITE CRÔNICA	-7,453(5,517)	-0,036		-10,757(6,081)	-0,048		-3,262(6,538)	-0,014		-15,296(4,836)	-0,085**	
DOR CRÔNICA ³⁹	-8,936(3,495)	-0,070*		-10,552(3,852)	-0,076**		-13,573(4,141)	-0,091**		-6,783(3,063)	-0,061*	
FERIDA CRÔNICA	-11,659(10,883)	-0,028		-29,261(11,996)	-0,066*		5,143(12,897)	0,011		9,673(9,539)	0,027	
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	-19,917(5,846)	-0,088**		-14,973(6,444)	-0,061*		-18,226(6,928)	-0,069**		-3,444(5,124)	-0,018	
DOENÇA REUMÁTICA	-15,076(1,879)	-0,228***		-14,262(2,071)	-0,200***		-17,298(2,227)	-0,225***		-9,707(1,647)	-0,169***	
OSTEOPOROSE	-8,514(3,063)	-0,075**		-5,719(3,376)	-0,047		-7,044(3,630)	-0,053*		-11,184(2,685)	-0,114***	
TUMOR MALIGNO	-5,837(3,401)	-0,043		-9,439(3,749)	-0,065***		-10,242(4,030)	-0,066*		-7,234(2,981)	-0,062*	
DOENÇAS RENAS	2,485(2,825)	0,023		0,884(3,114)	0,008		0,085(3,348)	0,001		-4,857(2,476)	-0,053*	
DOENÇAS MENTAIS	-0,355(1,936)	-0,005		-8,659(2,134)	-0,111***		-13,183(2,294)	-0,157***		-7,463(1,697)	-0,119***	
DOENÇA CARDÍACA	-16,480(3,084)	-0,140***		-13,548(3,399)	-0,107***		-7,691(3,654)	-0,056*		-8,976(2,703)	-0,088***	
OUTRAS DOENÇAS	-5,395(2,176)	-0,065*		-2,562(2,399)	-0,029		-2,350(2,579)	-0,024		-4,114(1,908)	-0,057*	

Texto: Modelo de Regressão Linear Múltipla Multivariada (MRLMN). *Estimadores:* β_j : Coeficiente de regressão não estandarizado; ($\hat{\sigma}_{\beta_j}$) Erro padrão do coeficiente de regressão não estandarizado; β_j : Coeficiente de regressão estandarizado; R^2_{adj} : Coeficiente de Determinação Ajustado. *Variáveis Dependentes:* MHSF; *Variáveis Predictoras:* Doenças Crônicas; N= 1189; ***p<0,0001; **p<0,01; *p<0,05

Tipo de Variáveis: Variáveis *ativas* (1) e *inativas* (0) Hipertensão Arterial: Sim (1) e Não (0); Asma: Sim (1) e Não (0); Bronquite Crônica: Sim (1) e Não (0); Ferida crônica: Sim (1) e Não (0); Acidente Vascular Cerebral: Sim (1) e Não (0); Doença Renmática: Sim (1) e Não (0); Osteoporose: Sim (1) e Não (0); Tumor Maligno: Sim (1) e Não (0); Doença Renal: Sim (1) e Não (0); Doença Mental: Sim (1) e Não (0); Doença Cardíaca: Sim (1) e Não (0); Outras doenças: Sim (1) e Não (0).

Quanto às MESM o modelo ajustado foi explicado em 17,3% pela Vitalidade, 13,0% quanto à Função Social, 12,4% referente ao Desempenho Emocional e 17,1% à Saúde Mental respetivamente (quadro 151).

No que diz respeito aos preditores de estado de saúde ao nível do índice de *vitalidade* as variáveis exógenas com efeitos significativos na variabilidade explicada do índice em estudo foram a hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, doença reumática ($Z = -3,335; p < 0,0001$) e osteoporose bem como a doença mental ($Z = -8,968; p < 0,0001$). As doenças com maior impacto na variação explicada do índice em referência foram as doenças mentais com uma proporção de 19,5%, seguida da doença reumática com 15,4%, e hipertensão arterial (13,2%). As doenças com menor expressão na variabilidade explicada do índice de vitalidade foram as pessoas que tiveram acidentes vasculares cerebrais (7,2%) e osteoporose (7,3%).

No que diz respeito ao índice função social este revelou estar significativamente mais diminuído em pessoas que eram hipertensas ($Z = -2,323; p = 0,020$), que tinham sofrido um acidente vascular cerebral ($Z = -1,924; p = 0,054$), na presença de doença reumática ($Z = -3,335; p < 0,0001$), com tumor maligno ($Z = -2,249; p = 0,025$) e a sofrer de doença mental ($Z = -8,968; p < 0,0001$).

No entanto, quanto ao *índice desempenho emocional* este foi predito de forma significativa em pessoas com dor e ferida crónica, na presença de doença reumática ($Z = -4,977; p < 0,0001$), com doenças mentais ($Z = -6,791; p < 0,0001$) e doença cardíaca. Podemos afirmar que as pessoas com estas doenças revelaram menor capacidade de lidar com determinadas atividades diárias e acontecimentos comparativamente às pessoas em que as mesmas doenças não estavam presentes.

Por fim, quanto à percepção de *bem-estar psicológico* verificamos que os preditores exógenos com maior impacto negativo foram a presença de doença mental ($Z = -9,605; p < 0,0001$), doença reumática ($Z = -4,486; p < 0,0001$) e com menor expressão a presença de hipertensão arterial ($Z = -2,941; p = 0,003$). As doenças crónicas com maior efeito na variação explicada da saúde mental foram efetivamente a presença de doenças mentais em 27,0% seguida pela doença reumática em 13,2%. Com menor impacto na variação explicada do índice em referência foi a presença de hipertensão arterial (8,3%).

O quadro seguinte resume de forma sumária os resultados interpretados anteriormente.

Quadro 151: Perfis de Estado de Saúde - Mental segundo os Preditores Doenças Crônicas.

VARIÁVEIS EXÓGENAS	VARIÁVEIS ENDÓGENAS											
	Vitalidade			Função Social			Desempenho Emocional			Saúde Mental		
	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\hat{\beta}_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\hat{\beta}_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\hat{\beta}_i}$)	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i$ ($\hat{\sigma}_{\hat{\beta}_i}$)	β_i	R^2_{adj}
HIPERTENSÃO ARTERIAL	-7,953(1,690)	-0,132***	0,173	-3,897(1,677)	-0,067*	0,130	-1,198(1,691)	-0,020	0,124	-4,523(1,538)	-0,083**	0,171
DOR CRÔNICA	-6,041(3,787)	-0,045		-5,485(3,759)	-0,043		-7,218(3,790)	-0,056*		-5,767(3,446)	-0,048	
FERIDA CRÔNICA	-10,851(11,620)	-0,025		-0,444(11,535)	-0,001		-43,024(11,63)	-0,103***		-11,529(10,574)	-0,030	
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	-16,944(6,322)	-0,072**		-12,075(6,276)	-0,053*		-7,659(6,327)	-0,033		-9,574(5,753)	-0,045	
DOENÇA REUMÁTICA	-10,580(2,019)	-0,154***		-6,683(2,004)	-0,100***		-10,055(2,020)	-0,150***		-8,240(1,837)	-0,132***	
OSTEOPOROSE	-8,612(3,354)	-0,073*		-1,593(3,330)	-0,014		0,669(3,357)	0,006		-5,723(3,052)	-0,053	
TUMOR MALIGNO	-4,815(3,719)	-0,034		-8,303(3,692)	-0,061*		-0,562(3,722)	-0,004		-3,066(3,385)	-0,024	
DOENÇA MENTAL	-14,626(2,103)	-0,195***		-18,724(2,088)	-0,258***		-14,294(2,105)	-0,196***		-18,384(1,914)	-0,270***	
DOENÇA CARDÍACA	-6,285(3,358)	-0,051		-1,741(3,333)	-0,015		-7,710(3,360)	-0,065*		-3,161(3,056)	-0,028	

Tabela: Modelo de Regressão Linear Múltipla Multivariada (MLM). Estimadores: β_i : Coeficiente de regressão não estandarizado; ($\hat{\sigma}_{\hat{\beta}_i}$) Erro padrão do coeficiente de regressão não estandarizado; β_i : Coeficiente de regressão estandarizado; R^2_{adj} : Coeficiente de Determinação Ajustado. Variáveis Dependentes: ME:SM; Variáveis Preditoras: Doenças Crônicas, N = 1189. ***p<0,0001; **p<0,01; *p<0,05.

Tipo de Variáveis: Variáveis ativas: (1) e inativas: (0) Hipertensão Arterial: Sim (1) e Não (0); Dor crônica: Sim (1) e Não (0); Ferida crônica: Sim (1) e Não (0); Acidente Vascular Cerebral: Sim (1) e Não (0); Doença Reumática: Sim (1) e Não (0); Osteoporose: Sim (1) e Não (0); Tumor Maligno: Sim (1) e Não (0); Doença Cardíaca: Sim (1) e Não (0).

2.3.2.4 PERFIL DE SAÚDE ASSOCIADO AS ÍNDICES DE SAÚDE (LCS, QACS E IQV)

Procuramos de seguida, identificar o perfil de saúde ao nível das MESF e MESM segundo os índices LCS, QACS e IQV (variáveis independentes).

No que diz respeito às MESF o modelo ajustado (R^2_{adj}) explicou 41,7% de Função Física, 38,2% do Desempenho Físico, 39,8% de Dor Corporal e a Saúde em Geral em 48,1%.

De forma transversal aos diferentes índices de estado de saúde física constatamos que as pessoas que afirmavam que a sua saúde dependeria dos seus comportamentos pessoais de saúde (*locus interno*) e não tanto de entidades externas (*outros poderosos*) revelaram melhor *função* ($Z_{locus\ interno} = 3,763; p < 0,0001$) e *desempenho físico* ($Z_{locus\ interno} = 3,478; p < 0,0001$) uma visão significativamente melhor da sua *saúde em geral* ($Z_{locus\ interno} = 5,789; p < 0,0001; Z_{outros\ poderosos} = -5,468; p < 0,0001$) e com menor impacto da *dor corporal* na rotina diária.

No que diz respeito aos estilos de vida avaliados pelo questionário de atitudes e comportamentos de saúde (QACS), constatamos que a procura da melhor condição de saúde através da prática de exercício físico revelou um efeito significativo e positivo na perceção de estado de saúde ao nível da função física ($Z = 3,742; p < 0,0001$), dor corporal ($Z = 2,947; p = 0,003$) e saúde em geral ($Z = 2,671; p = 0,008$).

Os comportamentos de segurança motorizada revelaram também um impacto significativo na variabilidade explicada da função física. Constatamos que apesar de uma visão mais positiva da saúde ao nível do índice em análise verificou-se uma menor preocupação com determinados comportamentos de segurança. O efeito de variabilidade sobre a função física segundo o preditor exógeno “segurança motorizada” foi de 5,1%. Este mesmo preditor não revelou impacto nos restantes índices endógenos de saúde.

Também verificamos que as pessoas com melhores resultados de saúde ao nível do *desempenho físico* revelaram menores cuidados nas escolhas dos alimentos (nutrição) adequados ($Z = -2,078; p = 0,038$) para si. No entanto o preditor exógeno nutrição revelou pouca variabilidade explicativa sobre o índice em análise (5,9%). Também ao nível da *dor corporal*, constatamos que as pessoas com menores comportamentos preventivos (autocuidado) ao nível da sua saúde ($Z = -2,047; p = 0,041$) revelaram valores ligeiramente positivos (5,9%) no menor impacto da dor corporal nas suas atividades diárias.

Ao nível do índice de satisfação com a vida (IQV) constatamos que os preditores exógenos com efeitos significativos nas variáveis endógenas das medidas de estado de saúde físicas foram as dimensões: *saúde e funcionalidade* ($Z_{função\ física} = 21,976; p < 0,0001; Z_{desempenho\ físico} = 19,522; p <$

0,0001; $Z_{dor\ corporal} = 19,888; p < 0,0001$; $Z_{saúde\ em\ geral} = 22,896; p < 0,0001$), *social e económica* ($Z_{função\ física} = -3,126; p = 0,002$; $Z_{desempenho\ físico} = -4,068; p < 0,0001$; $Z_{dor\ corporal} = -4,233; p < 0,0001$; $Z_{saúde\ em\ geral} = -3,287; p = 0,001$) e ainda *espiritual e psicológica* ($Z_{função\ física} = -7,422; p < 0,0001$; $Z_{dor\ corporal} = -3,057; p = 0,002$; $Z_{saúde\ em\ geral} = -3,914; p < 0,0001$).

Face ao exposto, as pessoas que revelaram melhores resultados de função e desempenho físico, com menor impacto da dor na sua rotina diária e com uma visão da sua saúde em geral mais positiva apresentaram níveis de *saúde e funcionalidade* significativamente superiores apesar de menores índices de satisfação quer a nível social quer a nível económico como também menor bem-estar psicológico.

Ao nível das MESM o modelo ajustado foi explicado em 41,3% pela Vitalidade, 39,4% quanto à Função Social, 28,2% referente ao Desempenho Emocional e 39,4% à Saúde Mental, respetivamente (Quadro 152).

Segundo os resultados apresentados no quadro 152, verificamos que valores mais positivos dos índices de *saúde mental e desempenho emocional*, foram explicados significativamente pelo *locus interno* ($Z_{saúde\ mental} = 2,724; p = 0,006$; $Z_{desempenho\ emocional} = 2,271; p = 0,023$), e que de certa forma uma melhor perceção de saúde em geral não foi predita por um locus de controlo associado a outras entidades (outros poderosos) segundo as estimativas estandardizadas ($Z_{vitalidade} = -3,411; p < 0,0001$; $Z_{função\ social} = -2,952; p = 0,003$; $Z_{desempenho\ emocional} = -3,586; p < 0,0001$; $Z_{saúde\ mental} = -3,411; p < 0,0001$).

A menor fadiga, a maior energia percecionada (*vitalidade*) e a menor ansiedade e bem-estar psicológico (*saúde mental*) estavam dependentes das melhores condições físicas (exercício físico) ($Z_{vitalidade} = 2,379; p = 0,017$; $Z_{saúde\ mental} = 2,467; p = 0,014$) bem como de um maior cuidado alimentar (*nutrição*: $Z_{vitalidade} = 2,629; p = 0,009$).

No entanto, as pessoas que revelaram maiores precauções quanto à *segurança motorizada* e menor dependência de *drogas e similares* apresentaram melhores índices de *desempenho emocional* ($Z_{segurança\ motorizada} = 2,266; p = 0,023$; $Z_{drogas\ e\ similares} = -2,543; p = 0,011$) e *função social* ($Z_{drogas\ e\ similares} = -2,543; p = 0,011$).

Também as pessoas que procuraram melhor *saúde e funcionalidade* segundo o índice de satisfação com a vida, predisseram significativamente melhores resultados em todas as MESM apesar de menor satisfação com as relações interpessoais e de rede bem como com as condições económicas ($Z_{vitalidade} = -3,154; p = 0,002$; $Z_{função\ social} = -2,999; p = 0,003$; $Z_{desempenho\ emocional} = -3,689; p < 0,0001$; $Z_{saúde\ mental} = -3,303; p < 0,0001$).

No entanto as pessoas que revelaram melhor bem-estar *espiritual* e *psicológico* foram preditores de melhores índices de função social ($Z = 2,572; p = 0,010$) e de bem-estar psicológico ($Z = 4,820; p < 0,0001$). Também índices mais elevados de satisfação com a família (suporte) foram preditores de melhores resultados de saúde relacionados com a função social ($Z = 2,071; p = 0,038$), desempenho emocional ($Z = 1,952; p = 0,051$) e menor ansiedade ou depressão ($Z = 4,534; p < 0,0001$).

Quadro 152: Perfis de Estado de Saúde – Física e Mental segundo os Índices de Saúde.

	VARIÁVEIS ENDÓGENAS											
	Função Física			Desempenho Físico			Dor Corporal			Saúde Geral		
	$\hat{\beta}_i (\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i (\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i (\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i (\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β_i	R^2_{adj}
VARIÁVEIS EXÓGENAS												
LOCUS INTERNO	0,227(0,060)	0,088***	0,417	0,233(0,067)	0,084***	0,382	0,093(0,071)	0,031	0,398	0,286(0,049)	0,128***	0,481
OUTROS PODEROSOS	-0,100(0,078)	-0,029		-0,170(0,087)	-0,046*		-0,296(0,092)	-0,074**		-0,349(0,064)	-0,117***	
EXERCÍCIO FÍSICO	0,647(0,173)	0,093***		0,225(0,192)	0,030		0,602(0,204)	0,075**		0,379(0,142)	0,063**	
NUTRIÇÃO	-0,203(0,119)	-0,047		-0,275(0,132)	-0,059*		0,200(0,140)	0,040		-0,173(0,097)	-0,046	
AUTOCONDIÇÃO	-0,127(0,075)	-0,048		-0,049(0,084)	-0,017		-0,182(0,089)	-0,059*		-0,052(0,062)	-0,023	
SEGURANÇA MOTORIZADA	0,532(0,278)	0,051*		0,513(0,309)	0,046		0,271(0,328)	0,023		0,028(0,228)	0,003	
DROGAS E SIMILARES	-0,226(0,135)	-0,045		-0,144(0,150)	-0,027		-0,075(0,160)	-0,013		-0,109(0,111)	-0,025	
SAÚDE E FUNCIONALIDADE	4,724(0,215)	0,851***		4,667(0,239)	0,779***		5,054(0,254)	0,783***		4,036(0,176)	0,838***	
SOCIAL E ECONÔMICO	-0,652(0,208)	-0,105**		-0,941(0,231)	-0,140***		-1,041(0,246)	-0,144***		-0,561(0,171)	-0,104**	
ESPIRITUAL E PSICOLÓGICO	-1,487(0,200)	-0,266***		-0,905(0,223)	-0,150***		-0,723(0,237)	-0,111**		-0,642(0,164)	-0,132***	
FAMÍLIA	-0,117(0,169)	-0,022		0,084(0,188)	0,015		-0,210(0,200)	-0,035		-0,164(0,138)	-0,036	
	Vitalidade			Função Social			Desempenho Emocional			Saúde Mental		
	$\hat{\beta}_i (\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i (\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i (\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β_i	R^2_{adj}	$\hat{\beta}_i (\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β_i	R^2_{adj}
LOCUS INTERNO	0,039(0,063)	0,014	0,413	0,083(0,062)	0,032	0,394	0,154(0,068)	0,059*	0,282	0,158(0,058)	0,065**	0,394
OUTROS PODEROSOS	-0,278(0,081)	-0,078***		-0,236(0,080)	-0,068**		-0,314(0,088)	-0,090***		-0,321(0,075)	-0,099***	
EXERCÍCIO FÍSICO	0,431(0,181)	0,060*		0,186(0,178)	0,027		0,118(0,195)	0,017		0,412(0,167)	0,063*	
NUTRIÇÃO	0,327(0,124)	0,073**		0,081(0,122)	0,019		0,031(0,134)	0,007		0,134(0,115)	0,033	
AUTOCONDIÇÃO	0,028(0,079)	0,010		0,057(0,077)	0,022		-0,065(0,085)	-0,024		-0,069(0,073)	-0,028	
SEGURANÇA MOTORIZADA	0,205(0,290)	0,019		0,248(0,286)	0,024		0,707(0,312)	0,067*		0,243(0,268)	0,025	
DROGAS E SIMILARES	-0,169(0,141)	-0,032		-0,303(0,139)	-0,060*		-0,386(0,152)	-0,076*		0,144(0,130)	0,030	
SAÚDE E FUNCIONALIDADE	3,988(0,225)	0,690***		3,141(0,221)	0,562***		2,829(0,241)	0,504***		2,220(0,207)	0,423***	
SOCIAL E ECONÔMICO	-0,687(0,218)	-0,106**		-0,641(0,214)	-0,102**		-0,863(0,234)	-0,137***		-0,663(0,201)	-0,112***	
ESPIRITUAL E PSICOLÓGICO	-0,260(0,209)	-0,045		0,529(0,206)	0,094*		0,334(0,225)	0,059		0,930(0,193)	0,176***	
FAMÍLIA	0,097(0,177)	0,018		0,359(0,173)	0,069*		0,370(0,190)	0,071*		0,738(0,163)	0,150***	

Análise Estatística: Modelo de Regressão Linear Múltipla Multivariada (NRI-MM). Estimadores: β_i : Coeficiente de regressão não estandarizado; $\hat{\sigma}_{\beta_i}$: Erro padrão do coeficiente de regressão não estandarizado; β_i : Coeficiente de regressão estandarizado; R^2_{adj} : Coeficiente de Determinação Ajustado. *Variança Dependente*: MESF e MESM; *Variança Preditora*: Índices (LCS QACS e IQV). N= 1189. ***p<0,0001; **p<0,01; *p<0,05.

2.3.4 PERFIL DE SAÚDE ASSOCIADO AOS ESTILOS DE VIDA

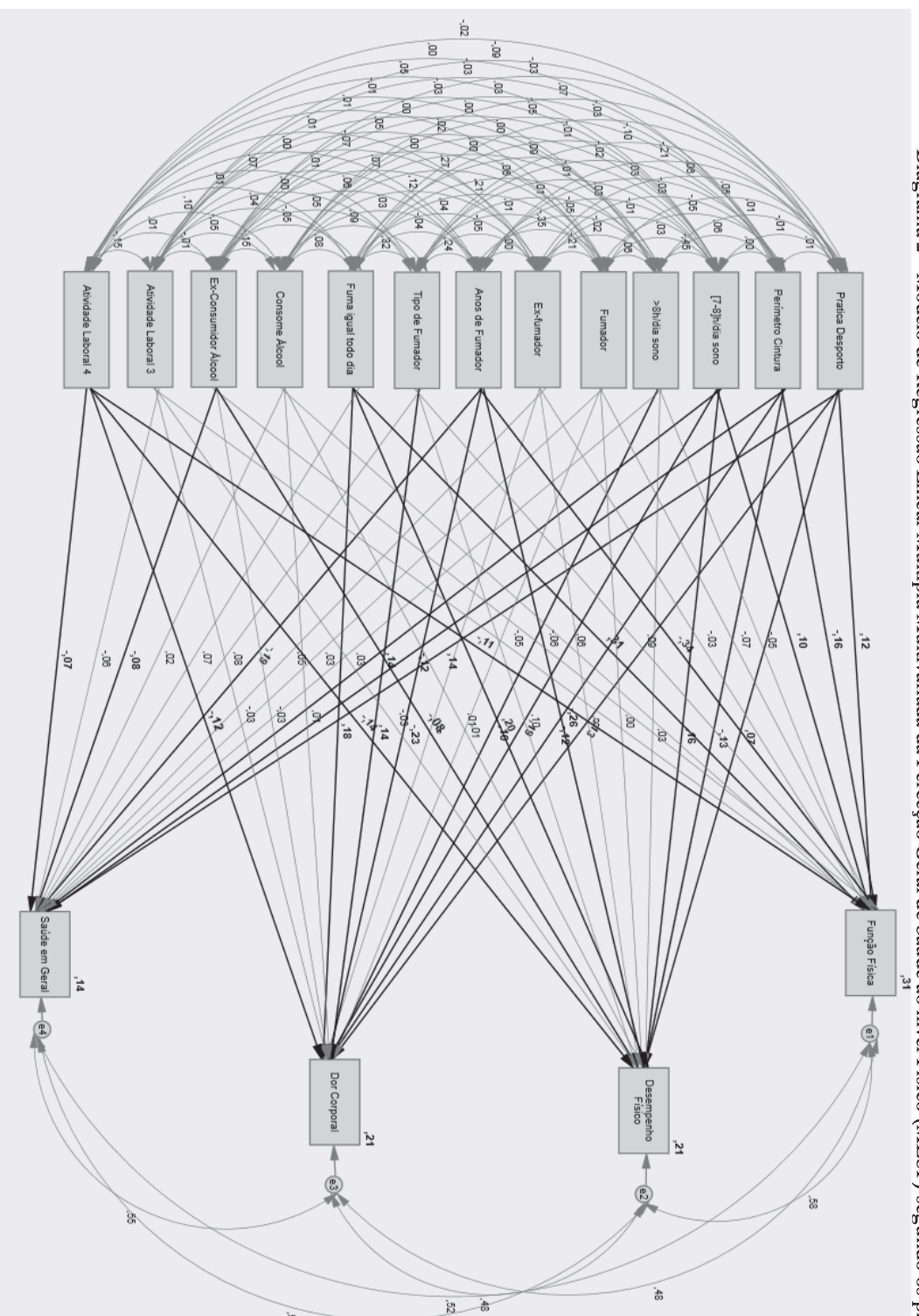
Quando abordamos os “estilos de vida” nesta parte do nosso estudo procuramos compreender como os comportamentos, hábitos e costumes responsáveis pelos estados de saúde (determinantes de saúde) poderiam contribuir, no seu conjunto, para a definição de perfil de saúde nos habitantes do concelho de Coimbra.

Os determinantes de saúde que foram selecionados para o modelo final classificaram-se como variáveis exógenas enquanto as variáveis dependentes (endógenas), na linha de orientação apresentado anteriormente são as MESF e MESM.

As variáveis predictoras (exógenas) categóricas foram transformadas em variáveis ativas (1) e *dummies* (0): Prática desporto: Sim (1) Não (0); Perímetro da cintura: Risco (1) Ausência de risco (0); IMC: Excesso de Peso (1) e Peso normal (0); Obesidade (1) e Peso normal (0); Horas de sono: [7-8]h/dia (1) e <7h (0); Horas de sono: >8h/dia (1) e <7h (0); Hábitos tabágicos: fumador (1) não fumador (0); Hábitos tabágicos: ex-fumador (1) não fumador (0); Tipo de fumador: regular (1) e ocasional (0); Maior consumo de tabaco no período da noite (1) e fuma mais no período da manhã (0); Igual consumo de tabaco durante o período de 24h (1) e fuma mais no período da manhã (0); Consumidor de álcool (1) e não consumidor (0); Ex-Consumidor de álcool (1) e não consumidor (0); Tipo de atividade laboral “Está de pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objetos” (1) e “Sentado a maior parte do tempo, ou está de pé e anda, mas sem outra atividade física” (0); “Tem atividade física pesada” (1) e “Sentado a maior parte do tempo, ou está de pé e anda, mas sem outra atividade física” (0).

No que diz respeito às MESF o modelo ajustado (R^2_{adj}) explicou 31,0% da Função Física, 21,0% do Desempenho Físico, 21,0% da Dor Corporal e a Saúde em Geral em 14,0% no que diz respeito às MESF. Vejamos estes indicadores no diagrama de trajetórias 2.

Diagrama 2 – Modelo de Regressão Linear Múltipla Multivariada da Percepção Geral de Saúde ao nível Físico (MESF) segundo os preditores Estilos de Vida.



Legenda:

- (β) Coeficiente de Regressão Estandarizado (β) com efeito estatisticamente significativo ($p \leq 0,05$);
- Coeficiente de Regressão Estandarizado (β) sem efeito significativo ($p > 0,05$);
- Coeficientes de Correlação de Pearson

Segundo os coeficientes de trajetória estandardizados expressos no diagrama anterior podemos verificar que os preditores exógenos mais relevantes significativamente nos diferentes índices de percepção geral de saúde ao nível físico foram a prática de atividade física ($\beta_{função\ física} = 0,119; p < 0,0001; \beta_{desempenho\ físico} = 0,072; p = 0,031; \beta_{dor\ corporal} = 0,132; p < 0,0001; \beta_{saúde\ geral} = 0,143; p < 0,0001$), *perímetro de cintura* ($\beta_{função\ física} = -0,160; p < 0,0001; \beta_{desempenho\ físico} = -0,127; p < 0,0001; \beta_{dor\ corporal} = -0,121; p < 0,0001; \beta_{saúde\ geral} = -0,118; p < 0,0001$), hábitos de sono entre 7 e 8 horas/dia ($\beta_{função\ física} = 0,097; p = 0,011; \beta_{desempenho\ físico} = 0,161; p < 0,0001; \beta_{dor\ corporal} = 0,194; p < 0,0001; \beta_{saúde\ geral} = 0,135; p < 0,0001$) ou superior a 8 horas/dia ($\beta_{dor\ corporal} = 0,101; p = 0,004$), anos de hábitos tabágicos ($\beta_{função\ física} = -0,338; p < 0,0001; \beta_{desempenho\ físico} = -0,265; p < 0,0001; \beta_{dor\ corporal} = -0,229; p < 0,0001; \beta_{saúde\ geral} = -0,190; p < 0,0001$) fumadores ativos, com o mesmo comportamento de consumo durante o dia, não consumir álcool comparativamente a ex-consumidores e atividade laboral.

Face aos resultados dos coeficientes de trajetória e os respetivos rácios críticos expressos no quadro seguinte, podemos afirmar que os melhores resultados de saúde ao nível físico foram preditos pelos comportamentos, enquanto estilos de vida, que as pessoas assumiam como mantendo a prática de atividade física regular e um perímetro de cintura “normal” isto é, ausência de risco de obesidade.

Quanto ao número de horas de sono e o seu impacto na saúde demonstrou que as pessoas que dormiam entre 7 e 8 horas/dia revelaram melhor condição de saúde ao nível dos diferentes índices de saúde. Também com especial impacto ao nível da menor dor corporal quando as pessoas autodeclararam dormir mais de 8 horas/dia.

Também os resultados mais positivos de saúde física revelaram estar associados a pessoas fumadoras que ainda têm poucos anos de consumo, apesar de serem fumadores ativos e com um comportamento de consumo relativamente igual durante todo o dia, que não bebem álcool e possuem uma atividade laboral pouco ativa, isto é, que passam a maior parte do tempo sentados, de pé ou andam, mas sem outra atividade física mais exigente.

Quadro 153: Perfis de Estado de Saúde - Física segundo os Preditores Estilos de Vida.

VARIÁVEIS EXÓGENAS	FUNÇÃO FÍSICA				DESEMPENHO FÍSICO				DOR CORPORAL				SAÚDE GERAL			
	β_i ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	Z_i	p		β_i ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	Z_i	p		β_i ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	Z_i	p		β_i ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$)	Z_i	p	
PRÁTICA DESPORTO	5,528(1,626)	3,400	<0,0001		3,598(1,667)	2,158	0,031		7,081(1,783)	3,971	<0,0001		5,740(1,287)	4,461	<0,0001	
PERÍMETRO DA CINTURA	-6,846(1,687)	-4,058	<0,0001		-5,850(1,674)	-3,494	<0,0001		-6,026(1,785)	-3,376	<0,0001		-4,359(1,254)	-3,477	<0,0001	
[7-8]h/D DE SONO	4,272(1,677)	2,547	0,011		7,679(1,706)	4,500	<0,0001		9,973(1,823)	5,471	<0,0001		5,185(1,309)	3,962	<0,0001	
>8h/D DE SONO	-3,875(2,752)	-1,408	0,159		1,998(2,790)	0,716	0,474		8,550(2,980)	2,869	0,004		1,634(2,134)	0,766	0,444	
FUMADOR	-3,461(2,203)	-1,571	0,116		0,105(2,351)	0,045	0,964		0,595(2,527)	0,235	0,814		1,495(1,872)	0,799	0,425	
EX-FUMADOR	-1,945(2,122)	-0,917	0,359		-0,295(2,164)	-0,136	0,892		0,083(2,314)	0,036	0,971		2,597(1,663)	1,561	0,118	
ANOS HABITOS TABÁGICOS	-0,704(0,120)	-5,846	<0,0001		-0,594(0,140)	-4,246	<0,0001		-0,554(0,152)	-3,657	<0,0001		-0,352(0,118)	-2,992	0,003	
TIPO DE FUMADOR	5,760(3,915)	1,471	0,141		60,855(4,499)	1,524	0,128		10,902(4,828)	2,258	0,024		4,603(3,763)	1,223	0,221	
FUMA O MESMO DURANTE TODO O DIA	12,777(2,290)	5,580	<0,0001		80,741(2,675)	3,267	0,001		8,596(2,887)	2,977	0,003		2,567(2,251)	1,140	0,254	
CONSUMO DE ALCÓOL	2,567(1,556)	1,650	0,099		0,519(1,593)	0,326	0,744		0,470(1,703)	0,276	0,783		0,815(1,228)	0,663	0,507	
EX-CONSUMIDOR DE ALCÓOL	-8,230(4,348)	-1,893	0,058		-11,160(4,417)	-2,527	0,012		-3,845(4,720)	-0,815	0,415		-8,930(3,383)	-2,640	0,008	
TIPO ATIVIDADE LABORAL (3)	-1,973(1,626)	-1,214	0,225		-1,493(1,662)	-0,899	0,369		-1,504(1,777)	-0,846	0,398		-2,377(1,282)	-1,854	0,064	
TIPO ATIVIDADE LABORAL (4)	-10,958(3,826)	-2,864	0,004		-15,981(3,908)	-4,089	<0,0001		-14,548(4,183)	-3,478	<0,0001		-6,608(3,022)	-2,187	0,029	

Legenda: Tipo Atividade Laboral (3): "Está de pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objetos"; Tipo Atividade Laboral (4): "Tem atividade física pesada".

Testes: Modelos de Regressão Linear Múltipla Multivariada. *Estimadores:* β_i : Coeficiente de regressão não estandarizado; ($\hat{\sigma}_{\beta_i}$) Erro padrão do coeficiente de regressão não estandarizado; Z_i : Rácio Crítico. N = 1189;

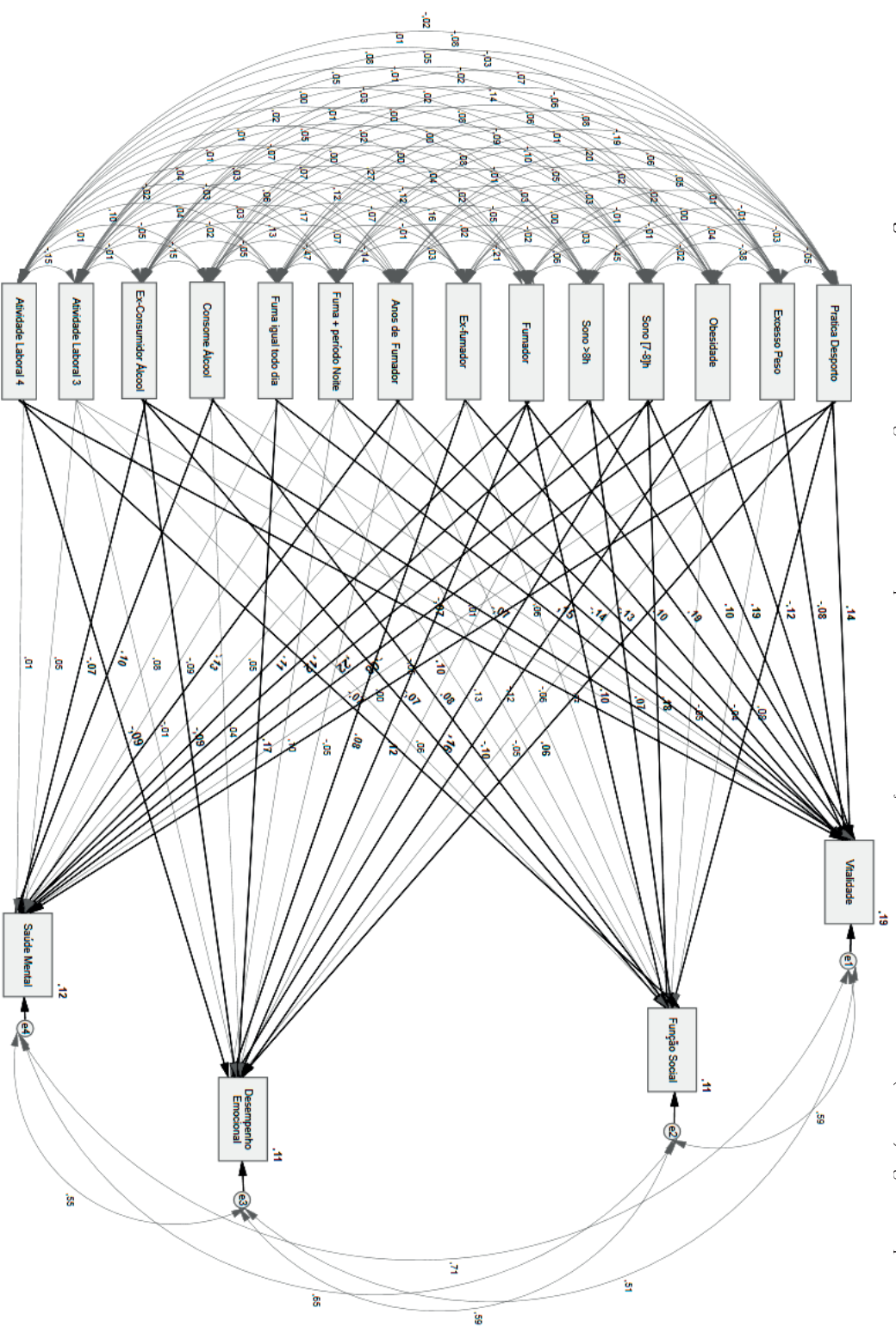
Variáveis Dependentes: MESF; *Variáveis Preditoras:* Estilos de Vida.

Tipo de Variáveis: Variáveis *ativas* (1) e *dummy* (0); Prática Desporto: Sim (1) Não (0); Perímetro da cintura: Risco (1) Ausência de risco (0); Excesso de Peso (1) e Peso Normal (0); Horas de sono: [7-8]h/dia (1) e <7h (0); Horas de sono: >8h/dia (1) e <7h (0); Hábitos tabágicos: fumador (1) não fumador (0); Hábitos tabágicos: ex-fumador (1) não fumador (0); Tipo de fumador: regular (1) e ocasional (0); Maior consumo de tabaco no período da noite (1) e fumo mais no período da manhã (0); Igual consumo de tabaco durante o período de 24h (1) e fumo mais no período da manhã (0); Consumidor de álcool (1) e não consumidor (0); Ex-Consumidor de álcool (1) e não consumidor (0); Tipo de atividade laboral "Está de pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objetos" (1) e "Sentado a maior parte do tempo, ou está de pé e anda, mas sem outra atividade física" (0); "Tem atividade física pesada" (1) e "Sentado a maior parte do tempo, ou está de pé e anda, mas sem outra atividade física" (0).

No que diz respeito às MESM o modelo ajustado foi explicado em 19,0% pela Vitalidade, 12,2% quanto à Função Social, 11% referente ao Desempenho Emocional e 11% à Saúde Mental respetivamente (Diagrama 3).

À semelhança da análise realizada ao nível das *medidas de estado de saúde físicas*, também podemos constatar, segundo o diagrama 3, que as variáveis exógenas que mais contribuíram de forma significativa para as MESM foram os comportamentos de prática de atividade física ($\beta_{vitalidade} = 0,143; p < 0,0001; \beta_{função\ social} = 0,076; p = 0,020; \beta_{desempenho\ emocional} = 0,065; p = 0,043; \beta_{saúde\ mental} = 0,101; p = 0,001$), o índice massa corporal (*Excesso de Peso*: $\beta_{vitalidade} = -0,083; p = 0,022; \beta_{saúde\ mental} = -0,075; p = 0,033$), horas de sono por dia (*[7 – 8]h/dia*: $\beta_{vitalidade} = 0,187; p < 0,0001; \beta_{função\ social} = 0,187; p < 0,0001; \beta_{desempenho\ emocional} = 0,159; p < 0,0001; \beta_{saúde\ mental} = -0,217; p < 0,0001$; *> 8h/dia*: $\beta_{vitalidade} = 0,104; p = 0,002; \beta_{função\ social} = 0,105; p = 0,004; \beta_{saúde\ mental} = 0,121; p < 0,0001$), fumadores ($\beta_{vitalidade} = 0,186; p < 0,0001; \beta_{função\ social} = 0,103; p = 0,002; \beta_{desempenho\ emocional} = 0,119; p < 0,0001; \beta_{saúde\ mental} = 0,112; p = 0,001$), ex-fumadores, anos de hábitos tabágicos ($\beta_{vitalidade} = -0,125; p = 0,041; \beta_{saúde\ mental} = 0,125; p = 0,05$) período que mais fuma, consumo de álcool ($\beta_{função\ social} = 0,081; p = 0,023; \beta_{saúde\ mental} = 0,100; p = 0,004$), ou não consumidores face ao ex-consumidores e tipo de atividade física em meio laboral

Diagrama 3 – Modelo de Regressão Linear Múltipla Multivariada da Percepção Geral de Saúde ao nível Mental (MIESM) segundo os preditores Estilos de Vida.



Variáveis Endógenas (Observadas): Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental (Variáveis Dependentes).

Variáveis Exógenas (Observadas): Prática Desporto; Excesso de Peso; Obesidade; 7-8h/d de sono; >8h/d de sono; Fumador; Ex-fumador; Anos Hábitos Tabágicos; Fuma mais no período da Noite; Fuma o mesmo durante todo o dia; Consumo de Alcool; Ex-Consumidor de Alcool; Tipo Atividade Laboral (3); Tipo Atividade Laboral (4) (Variáveis Preditoras).

Variáveis Exógenas (Não observadas - erro): e1; e2; e3; e4.

Legenda:

↘ Coeficiente de Regressão Estandarizado (β) com efeito estatisticamente significativo ($p \leq 0,05$); ↙ Coeficiente de Regressão Estandarizado (β) sem efeito significativo ($p > 0,05$); ↔ Coeficientes de Correlação de Pearson

Com recurso ao quadro 154, podemos confirmar os resultados segundo o rácio crítico de cada preditor em relação às variáveis endógenas classificadas como MESM.

As pessoas com índices de saúde mental significativamente mais positivos revelaram estar associadas a estilos de vida que impliquem a prática de atividade física e que mantem um peso normal no que diz respeito ao índice massa corporal. Atendendo a este indicador em especial, as pessoas que eram obesas revelaram menor vitalidade, função social, desempenho emocional e maior ansiedade ou menor bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que tinham um peso normal.

Também os preditores exógenos que maior impacto positivo tiveram na saúde foram os comportamentos associados às horas de descanso, isto é, no que diz respeito ao número de horas de sono. As pessoas que autodeclaram dormir entre 7 e 8 horas/dia ou mais revelaram melhor condição de saúde mental, em geral, face às pessoas que dormiam menos de 7h/dia.

Também os resultados mais positivos nos diversos índices de saúde mental revelaram estar associados a pessoas fumadoras (ativas) mas com poucos anos de consumo, que mantêm um comportamento de consumo relativamente igual durante todo o dia, ou maior durante a manhã. Também as pessoas ex-fumadoras demonstraram ligeiramente melhores resultados de saúde em especial ao nível da vitalidade e desempenho emocional comparativamente ao não fumador.

As pessoas consumidores de álcool revelaram melhores resultados de saúde ao nível da função social e bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que não bebem. No entanto, os não consumidores de álcool apresentaram significativamente melhores condições de saúde ao nível da vitalidade, função social, desempenho emocional e bem-estar psicológico comparativamente aos ex-consumidores.

Por fim, as pessoas que realizavam atividade física pouco exigente (estática) revelaram uma condição de saúde mental bem mais positiva comparativamente às pessoas que exerciam um tipo de atividade física pesada.

Quadro 154: Perfis de Estado de Saúde - Mental segundo os Preditores Estilos de Vida.

VARIÁVELS EXÓGENAS	VITALIDADE			FUNÇÃO SOCIAL			DESEMPENHO EMOCIONAL			SAÚDE MENTAL		
	β_1 ($\hat{\sigma}_{\beta_1}$)	Z _i	p	β_1 ($\hat{\sigma}_{\beta_1}$)	Z _i	p	β_1 ($\hat{\sigma}_{\beta_1}$)	Z _i	p	β_1 ($\hat{\sigma}_{\beta_1}$)	Z _i	p
PRÁTICA DESPORTO	6,905(1,561)	4,422	<0,0001	3,536(1,522)	2,323	0,020	3,022(1,490)	2,028	0,043	4,408(1,385)	3,182	0,001
EXCESSO DE PESO	-3,592(1,568)	-2,290	0,022	-1,815(1,529)	-1,187	0,235	-2,060(1,496)	-1,377	0,169	-2,098(1,391)	-1,508	0,132
OBESIDADE	-7,215(2,190)	-3,295	<0,0001	-2,895(2,135)	-1,356	0,175	-6,046(2,087)	-2,897	0,004	-4,142(1,943)	-2,131	0,033
[7-8]h/d DE SONO	8,583(1,589)	5,403	<0,0001	8,173(1,543)	5,296	<0,0001	7,128(1,507)	4,729	<0,0001	9,074(1,402)	6,471	<0,0001
>8h/d DE SONO	7,959(2,624)	3,033	0,002	5,115(2,549)	2,007	0,045	4,440(2,489)	1,784	0,074	8,371(2,315)	3,616	<0,0001
FUMADOR	9,849(1,773)	5,555	<0,0001	5,294(1,725)	3,069	0,002	6,090(1,688)	3,608	<0,0001	5,402(1,569)	3,442	<0,0001
EX-FUMADOR	6,260(1,975)	3,169	0,002	1,017(1,917)	0,530	0,596	4,864(1,871)	2,599	0,009	2,707(1,741)	1,554	0,120
ANOS HÁBITOS TABÁGICOS	-0,296(0,145)	-2,041	0,041	-0,139(0,148)	-0,941	0,347	-0,124(0,149)	-0,833	0,405	-0,269(0,137)	-1,964	0,050
FUMA MAIS NO PERÍODO DA NOITE	-9,423(4,557)	-2,068	0,039	-8,182(4,623)	-1,770	0,077	6,412(4,650)	1,379	0,168	-5,413(4,313)	-1,255	0,209
FUMA O MESMO DURANTE TODO O DIA	6,905(2,966)	2,328	0,020	5,528(3,015)	1,833	0,067	7,581(3,016)	2,514	0,012	3,114(2,816)	1,106	0,269
CONSUMO DE ALCÓOL.	2,700(1,541)	1,752	0,080	3,411(1,504)	2,268	0,023	1,894(1,474)	1,285	0,199	3,943(1,369)	2,881	0,004
EX-CONSUMIDOR DE ALCÓOL	-8,776(4,106)	-2,137	0,033	-8,468(3,987)	-2,124	0,034	-11,020(3,893)	-2,831	0,005	-8,636(3,620)	-2,386	0,017
TIPO ATIVIDADE LABORAL (3)	0,431(1,572)	0,275	0,784	0,142(1,532)	0,093	0,926	-0,599(1,500)	-0,399	0,690	2,087(1,395)	1,496	0,135
TIPO ATIVIDADE LABORAL (4)	-7,540(3,700)	-2,038	0,042	-7,085(3,607)	-1,964	0,050	-9,040(3,530)	-2,560	0,010	0,590(3,287)	0,179	0,858

Legenda: Tipo Atividade Laboral (3): "Está de pé e anda, mas também sobre escadas e carga objetos"; Tipo Atividade Laboral (4): "Tem atividade física pesada".

Testes: Modelos de Regressão Linear Múltipla Multivariada. Estimadores: β_j : Coeficiente de regressão não estandarizado; ($\hat{\sigma}_{\beta_j}$) Erro padrão do coeficiente de regressão não estandarizado; Z_i: Rácio Crítico. N = 1189;

Variáveis Dependentes: MESH; Variáveis Preditoras: Estilos de Vida.

Tipo de Variáveis: Variáveis *ativas* (1) e *diminuídas* (0); Prática Desporto: Sim (1) Não (0); Perímetro da cintura: Risco (1) Ausência de risco (0); Excesso de Peso (1) e Peso Normal (0); Obesidade (1) e Peso Normal (0); Horas de sono: [7-8]h/dia (1) e <7h (0); Horas de sono: >8h/dia (1) e <7h (0); Hábitos tabágicos: fumador (1) não fumador (0); Hábitos tabágicos: ex-fumador (1) não fumador (0); Tipo de fumador: regular (1) e ocasional (0); Maior consumo de tabaco no período da noite (1) e fumo mais no período da manhã (0); Igual consumo de tabaco durante o período de 24h (1) e fumo mais no período da manhã (0); Consumidor de álcool (1) e não consumidor (0); Ex-Consumidor de álcool (1) e não consumidor (0); Tipo de atividade laboral "Está de pé e anda, mas também sobre escadas e carga objetos" (1) e "Sentado a maior parte do tempo, ou está de pé e anda, mas sem outra atividade física" (0); "Tem atividade física pesada" (1) e "Sentado a maior parte do tempo, ou está de pé e anda, mas sem outra atividade física" (0).

2.4 – Quarta Parte – Relação Adolescência e Vida Adulta

2.4.1 ANÁLISE RETROSPECTIVA DA POPULAÇÃO DO CONCELHO DE COIMBRA

Nesta fase do nosso estudo procuramos descrever as características da população quanto ao período da sua adolescência. Estas características serão apresentadas nos subtítulos seguintes:

2.4.1.1 CARATERIZAÇÃO BIOGRÁFICA

O quadro seguinte reúne um conjunto de informações sobre o local da residência referente ao período da adolescência em função do sexo:

Quadro 155: Caraterização sociobiográfica da área de residência no período da adolescência em função do sexo

		Sexo		
		Feminino n (% linha)	Masculino n (% linha)	Total n (% coluna)
À FREGUESIA ATUAL É A MESMA QUE NA ADOLESCÊNCIA	Sim	416 (59,5)	283 (40,5)	699 (58,3)
	Não	302 (60,4)	198 (39,6)	500 (41,7)
	Total	718 (59,9)	481 (40,1)	1199 (100,0)
SE NÃO, A RESIDÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA ERA EM PORTUGAL	Sim	268 (60,2)	177 (39,8)	445 (89,0)
	Não	35 (63,6)	20 (36,4)	55 (11,0)
	Total	303 (60,6)	197 (39,4)	500 (100,0)
CONCELHO DE COIMBRA (SE A RESIDÊNCIA FOSSE EM PORTUGAL)	Não	128 (58,2)	92 (41,8)	220 (50,6)
	Sim	134 (62,3)	81 (37,7)	215 (49,4)
	Total	262 (60,2)	173 (39,8)	435 (100,0)
NO PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA RESIDIU NA EUROPA	Não	23 (65,7)	12 (34,3)	35 (67,3)
	Sim	9 (52,9)	8 (47,1)	17 (32,7)
	Total	32 (61,5)	20 (38,5)	52 (100,0)

A maioria dos inquiridos indicou que a sua área de residência atual (freguesia) seria a mesma que no período da sua adolescência (58,3%). Das 500 pessoas que indicaram não pertencer à mesma freguesia, 89% eram residentes noutras freguesias fora do concelho de Coimbra. Quanto à residência atual não ser a mesma no período da adolescência, 50,6% indicaram que viveram durante o período da adolescência em locais (cidades, vilas ou aldeias) fora do concelho de Coimbra.

Constatamos que as pessoas que indicaram que a sua residência, na adolescência, não era a mesma que a do momento presente (n=445), mas que viveram em Portugal nesse período, 49,4% indicaram ter vivido noutra freguesia do concelho de Coimbra.

Quando avaliamos esta informação por grupo, de forma individual, 53,18% dos homens viveram noutras regiões do país que não o concelho em análise. O mesmo não ocorrera ao nível do grupo feminino (51,15%). Os inquiridos que indicaram que a sua residência na adolescência fora no estrangeiro (n=55), 32,7% indicaram viver nessa fase da vida num dos países da Europa. Quanto à composição da família de origem durante o período da adolescência, vejamos o quadro seguinte:

Quadro 156: Caracterização do tipo de família de origem (adolescência) em função do sexo

TIPO DE FAMÍLIA	Sexo		
	Feminino n (% linha)	Masculino n (% linha)	Total n (% coluna)
Família monoparental	62(67,4)	30(32,6)	92(7,97)
Família nuclear	417(57,0)	314(43,0)	731(63,35)
Família alargada	205(62,5)	123(37,5)	328(28,42)
Meio Institucional	2(66,7)	1(33,3)	3(0,26)
Total	686(59,4)	468(40,6)	1154

Podemos observar que a maioria dos habitantes vem de uma estrutura familiar do tipo nuclear (63,35%) seguido do tipo alargada (28,42%). A maioria das respostas, nestes tipos de família, são do sexo feminino.

▪ *Atividades Escolares*

Procuramos também descrever as atividades escolares dos habitantes no período da adolescência. Vejamos o quadro seguinte:

Como podemos verificar 60,3% estudou para lá dos 16 anos de idade. Quando avaliamos as classes de idades mais jovens (≤ 12 anos), dos 39,7% das pessoas que estudaram até aos 15 anos, verificamos que a maioria pessoas é do sexo feminino. Quando avaliamos por grupo, podemos afirmar que das 696 mulheres em estudo, 60,2% tinham terminado os estudos com 16 ou mais anos de idade. Padrão semelhante ocorreu no grupo do sexo masculino (60,42%).

Quadro 157: Caracterização da participação em atividades escolares (adolescência) por sexo

		Sexo		
		Feminino n (% linha)	Masculino n (% linha)	Total n (% coluna)
IDADE QUE ESTUDARA	≤ 9 anos	35 (74,5)	12 (25,5)	47 (4,0)
	[10-12] anos	163 (62,7)	97 (37,3)	260 (22,2)
	[13-15] anos	79 (50,0)	79 (50,0)	158 (13,5)
	≥ 16 anos	419 (59,3)	287 (40,7)	706 (60,3)
	Total	696 (59,4)	475 (40,6)	1171
ADOLESCÊNCIA ESTUDOU E TRABALHOU	Sim	121 (50,8)	117 (49,2)	238 (20,4)
	Não	567 (61,2)	359 (38,8)	926 (79,6)
	Total	688 (59,1)	476 (40,9)	1164
DEIXOU DE ESTUDAR NA ADOLESCÊNCIA	Sim	348 (58,7)	245 (41,3)	593 (60,6)
	Não	348 (60,2)	230 (39,8)	578 (49,4)
	Total	696 (59,4)	475 (40,6)	1171
VOLTOU MAIS TARDE A ESTUDAR	Sim	173 (59,7)	117 (40,3)	290 (23,9)
	Não	557 (60,3)	367 (39,7)	924 (76,1)
	Total	730 (60,1)	484 (39,9)	1214 (100,0)
QUANTOS ANOS ESTUDOU DEPOIS	[1-3] anos	77 (60,6)	50 (39,4)	127 (47,6)
	[3-5] anos	45 (61,6)	28 (38,4)	73 (27,3)
	≥ 5 anos	32 (47,8)	35 (52,2)	67 (25,1)
	Total	154 (57,7)	113 (42,3)	267 (100,0)
FOI NESTE PERÍODO QUE OBTVEU A HABILITAÇÃO ATUAL	Sim	144 (59,3)	99 (40,7)	243 (85,3)
	Não	23 (54,8)	19 (45,2)	42 (14,7)
	Total	167 (58,6)	118 (41,4)	285 (100,0)

Quando questionados se durante a adolescência teriam atividades em simultâneo, isto é, laboral e de estudo, constatamos que 20,4% chegou a ter as duas atividades em simultâneo. Esta condição foi proporcionalmente semelhante entre homens e mulheres.

Também verificamos que, em geral, 50,6% das pessoas deixou de estudar ainda na adolescência. A maioria das pessoas que assumiu este comportamento de abandono eram mulheres (58,7%). Quando avaliamos cada grupo individualmente, verificamos que tanto o grupo feminino como o grupo masculino, sensivelmente 50% tinham deixado de estudar durante o período da adolescência.

Quando questionados se mais tarde voltaram novamente a estudar só 23,9% é que o fizeram. Dos 290 que indicaram que sim, a maioria era do sexo feminino. Quanto aos anos que ainda estudaram, 47,6% estudaram 1 a 2 anos e 27,3% entre 3 a 4 anos. Ao avaliarmos por grupo, verificamos que das 154 pessoas do sexo feminino que regressaram aos estudos a maioria destas estudaram entre 1 a 3 anos exclusive. Padrão ligeiramente inferior ocorreu no sexo masculino (44,23%).

Por fim, 85,3% das pessoas indicaram que foi neste período de regresso às aulas que vieram a adquirir a habilitação atual.

Procuramos descrever o(s) motivo(s) que levaram ao abandono escolar pela população em estudo. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 158: Caraterização dos motivos do abandono das atividades escolares (adolescência) por sexo

Motivo(s) para o abandono escolar (N=498)	Sexo						TOTAL n (% Total) ^(b)
	Feminino			Masculino			
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	
TRABALHAR PARA AJUDAR EM CASA	184(61,3)	62,6	36,9	116(38,7)	56,9	23,3	300(60,2)
INTERESSE PESSOAL	18(54,5)	6,1	3,6	15(45,5)	7,4	3,0	33(6,6)
DESINTERESSE COM A ESCOLA	42(51,9)	14,3	8,4	39(48,1)	19,1	7,8	81(16,3)
DIFICULDADES EM APRENDER	14(56,0)	4,8	2,8	11(44,0)	5,4	2,2	25(5,0)
FALTA DA ESCOLA PERTO DE CASA	9(75,0)	3,1	1,8	3(25,0)	1,5	0,6	12(2,4)
JÁ APRENDERA O SUFICIENTE	4(66,7)	1,4	0,8	2(33,3)	1,0	0,4	6(1,2)
POR NENHUM MOTIVO EM ESPECIAL	18(64,3)	6,1	3,6	10(35,7)	4,9	2,0	28(5,6)
VIDA MILITAR	1(33,3)	0,3	0,2	2(66,7)	1,0	0,4	3(0,6)
CASAMENTO	15(48,4)	5,1	3,0	16(51,6)	7,8	3,2	31(6,2)
INFLUENCIA FAMILIAR	1(50,0)	0,3	0,2	1(50,0)	0,5	0,2	2(0,4)
TRABALHAR PARA TER DINHEIRO	4(50,0)	1,4	0,8	4(50,0)	2,0	0,8	8(1,6)
DOENÇA NA FAMÍLIA	8(72,7)	2,7	1,6	3(27,3)	1,5	0,6	11(2,2)
DESINFORMAÇÃO	4(66,7)	1,4	0,8	2(33,3)	1,0	0,4	6(1,2)
Total	294		59,0	204		41,0	546^(a)

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às diferentes atividades de lazer; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às diferentes atividades de lazer.

Das 546 respostas, de um total de 498 inquiridos que indicaram os motivos para deixar de estudar na adolescência, constatamos que os mais apontados de foram: “trabalhar para ajudar em casa” (60,2%), e o “desinteresse com a escola” (16,3%).

2.4.1.2 ATIVIDADES RELIGIOSAS, SOCIAIS E CULTURAIS

Atividades Religiosas

Propusemos de seguida descrever algumas características ao nível da religião na população. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 159: Caraterização das atividades religiosas (adolescência) por sexo

		Sexo		
		Feminino n (% linha)	Masculino n (% linha)	Total n (% coluna)
INTEGRADO(A) RELIGIOSAMENTE	Sim	616 (64,9)	333 (35,1)	949 (80,8)
	Não	101 (44,9)	124 (55,1)	225 (19,2)
	Total	717 (61,1)	457 (38,9)	1174 (100,0)
IDENTIFICAÇÃO RELIGIOSA	Católica/Apostólica	601 (64,8)	327 (35,2)	928 (98,2)
	Protestante	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (0,3)
	Islâmica	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,1)
	Evangélica	8 (80,0)	2 (20,0)	10 (1,1)
	Santos dos últimos dias	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,1)
	Mórmon	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (0,2)
	Total	614 (65,0)	331 (35,0)	945 (100,0)
PARTICIPAÇÃO NA CELEBRAÇÃO DE CULTOS...	Sim	507 (66,9)	251 (33,1)	758 (79,9)
	Não	109 (57,1)	82 (42,9)	191 (20,1)
	Total	616 (64,9)	333 (35,1)	949 (100,0)
INTEGRAR EM ALGUM GRUPO DE CATEQUESE	Sim	341 (67,0)	168 (33,0)	509 (53,6)
	Não	275 (62,5)	165 (37,5)	440 (46,4)
	Total	616 (64,9)	333 (35,1)	949 (100,0)

332

A maioria das pessoas inquiridas indicou que na sua adolescência já se encontravam integradas numa religião. Dos 949 participantes que indicaram ter uma religião 64,9% eram mulheres. Porém, as pessoas que indicaram não pertencer a nenhuma religião maioritariamente eram homens (55,1%). Ao nível do grupo masculino, 68,94% já estavam integrados numa religião, mas o grupo feminino foi bastante superior neste indicador (84,35%).

A religião predominante no período da adolescência foi a religião “Católica/Apostólica” (98,2%). Quanto à participação na celebração de culto (festas religiosas, sessões, missas, etc.) na adolescência, 79,9% indicaram participar ativamente e 53,6% integraram grupos de catequese quer enquanto catequistas quer na condição de catecandos.

▪ *Atividades de Lazer*

Quanto às atividades de lazer procuramos conhecer como as pessoas passavam o seu tempo no período da adolescência.

Quadro 160: Caraterização das atividades de lazer (adolescência) por sexo

Atividades de Lazer (N=1083)	Sexo							TOTAL n (% Total) ^(b)
	Feminino			Masculino			%	
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total		
FESTAS PARTICULARES (EM CASA, GARAGEM, CAFÉ, ETC...)	385(54,6)	58,5	35,5	320(45,4)	75,3	29,5	705(65,1)	
DISCOTECAS/PUBS	255(52,9)	38,8	23,5	227(47,1)	53,4	21,0	482(44,5)	
LER (REVISTAS, LIVROS, JORNAIS,...)	554(60,5)	84,2	51,2	362(39,5)	85,2	33,4	916(84,6)	
CONVERSAR (FAMILIARES/AMIGOS/VIZINHOS)	613(60,3)	93,2	56,6	403(39,7)	94,8	37,2	1016(93,8)	
FREQUENTAR CENTROS COMERCIAIS	331(63,4)	50,3	30,6	191(36,6)	44,9	17,6	522(48,2)	
PASSEAR AO AR LIVRE (RUA, JARDINS, PARQUES VERDES)	597(61,9)	90,7	55,1	367(38,1)	86,4	33,9	964(89,0)	
VER TELEVISÃO	569(61,2)	86,5	52,5	360(38,8)	84,7	33,2	929(85,8)	
IR AO CINEMA/TEATRO	401(61,0)	60,9	37,0	256(39,0)	60,2	23,6	657(60,7)	
PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA	298(54,3)	45,3	27,5	251(45,7)	59,1	23,2	549(50,7)	
Total		658	60,8	425		39,2	6740^(a)	

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às diferentes atividades de lazer; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às diferentes atividades de lazer.

Os nossos habitantes indicaram que uma das atividades que mais gostavam de participar durante a adolescência era conversar com os seus pares, familiares e vizinhança, seguido de passear ao ar livre como também ver televisão e ler. As opções menos referidas foram: participação de espaços de diversão como *discotecas ou pubs* ou *praticar atividade física*. Quando avaliamos as respostas por grupo isoladamente, verificamos que das 658 pessoas do sexo feminino privilegiavam as atividades de *diálogo e conversação com os familiares, vizinhos e amigos* seguido de *passear e ver televisão*. Padrão semelhante ocorreu no grupo do sexo masculino.

▪ *Atividades Sociais, Recreativas, Associativas*

Procuramos também conhecer se os mesmos habitantes tinham por hábito participar em organizações sociais e culturais. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 161: Caraterização das atividades sociais (adolescência) por sexo

Atividades de Sociais, Recreativa (N=335)	Sexo							TOTAL ^(b) n (% Total)
	Feminino			Masculino			%	
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total		
ASSOCIAÇÃO RECREATIVA	63(44,4)	43,8	18,8	79(55,6)	41,4	23,6	142(42,4)	
ASSOCIAÇÃO DE ESCUTEIROS	21(55,3)	14,6	6,3	17(44,7)	8,9	5,1	38(11,3)	
CLUBE DE DESPORTO (NATAÇÃO, FUTEBOL, CICLISMO...)	55(29,1)	38,2	16,4	134(70,9)	70,2	40,0	189(56,4)	
ASSOCIAÇÃO POLÍTICA	7(25,9)	4,9	2,1	20(74,1)	10,5	6,0	27(8,1)	
ASSOCIAÇÃO DE ESTUDANTES	27(42,2)	18,8	8,1	37(57,8)	19,4	11,0	64(19,1)	
JUVENTUDE OPERÁRIA CATÓLICA	2(33,3)	1,4	0,6	4(66,7)	2,1	1,2	6(1,8)	
GRUPO DE JOVENS	6(85,7)	4,2	1,8	1(14,3)	0,5	0,3	7(2,1)	
VOLUNTARIADO	1(50,0)	0,7	0,3	1(50,0)	0,5	0,3	2(0,6)	
GRUPO DE TEATRO	5(100,0)	3,5	1,5	0(0,0)	0,0	0,0	5(1,5)	
RANCHO FOLCLÓRICO	8(80,0)	5,6	2,4	2(20,0)	1,0	0,6	10(3,0)	
VICENTINAS	1(100,0)	0,7	0,3	0(0,0)	0,0	0,0	1(0,3)	
GRUPO CORAL	3(75,0)	2,1	0,9	1(25,0)	0,5	0,3	4(1,2)	
GRUPO DE CARNAVAL	1(100,0)	0,7	0,3	0(0,0)	0,0	0,0	1(0,3)	
BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS	1(100,0)	0,7	0,3	0(0,0)	0,0	0,0	1(0,3)	
GRUPO RELIGIOSO	3(100,0)	2,1	0,9	0(0,0)	0,0	0,0	3(0,9)	
FILARMÓNICA	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	0,5	0,3	1(0,3)	
Total		144	43,0	191		57,0	501^(a)	

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às diferentes atividades de lazer; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às diferentes atividades de lazer.

Como podemos observar o tipo de atividades recreativas mais apontadas quanto à participação no período da adolescência foram identificados como “clube de desporto”, “associações recreativas”, “associações de estudantes” e “agrupamentos de escuteiros”.

Quando avaliamos por grupo verificamos que dos 191 homens que participaram 70,2% apontou estar ligado a “clubes de desporto”, enquanto no grupo feminino, das 144 inquiridas 38,2% estavam ligadas a este tipo de atividade. No entanto, ambos os grupos revelaram um comportamento de participação semelhante ao nível das “associações recreativas” e de “associações de estudantes”.

Quanto à participação em organizações socioculturais (quadro 162) a maioria dos inquiridos teve um papel de participante (82,11%) e destes a maioria eram homens (54,7%). Também não podemos deixar de referir que 9,3% dos inquiridos foi dirigente/líder em organizações desse tipo e a maioria destes dirigentes eram também do sexo masculino (75%). Porém, 7,7% dos inquiridos foram tanto participantes como dirigentes de organizações socioculturais.

Quadro 162: Caracterização do tipo de participação em organizações socioculturais (adolescência) por sexo

TIPO DE PAPEL		Sexo		Total n (% coluna)
		Feminino n (% linha)	Masculino n (% linha)	
	Participante/Militante	106 (45,3)	128 (54,7)	234 (82,11)
	Dirigente/Líder	7 (25,0)	21 (75,0)	28 (9,83)
	Participante e Dirigente	6 (26,1)	17 (73,9)	23 (8,06)
	Total	119 (41,75)	166 (58,28)	285

▪ *Atividades Laborais e Domésticas*

334

No que diz respeito a uma participação ativa, quer no exercício laboral quer no trabalho doméstico, vejamos os quadros seguintes:

Como podemos observar 53,1% dos inquiridos trabalhou no período da adolescência e destes a maioria era mulheres. Quando avaliamos por grupo, 57,88% dos rapazes indicaram trabalhar nesta fase da vida, e padrão semelhante ocorreu ao nível do grupo feminino (50,14%). No entanto, quando questionados com que idades teriam iniciado a atividade laboral neste período de vida 35,8% indicou ter entre 16 e 18 anos inclusive e 32,9% entre os 13 e os 15 anos.

Quadro 163: Caracterização da participação em atividades laborais (adolescência) por sexo

Atividade Laboral		Sexo		Total n (% coluna)
		Feminino n (% linha)	Masculino n (% linha)	
ATIVIDADE LABORAL	Sim	349 (55,6)	279 (44,4)	628 (53,1)
	Não	351 (63,4)	203 (36,6)	554 (46,9)
	Total	700 (59,2)	482 (40,8)	1182 (100,0)
IDADE QUE INICIARA A ATIVIDADE LABORAL	<10 anos	16 (53,3)	14 (46,7)	30 (5,0)
	[10-13] anos	93 (59,6)	63 (40,4)	156 (26,2)
	[13-16] anos	99 (50,5)	97 (49,5)	196 (32,9)
	=>16 anos	123 (57,7)	90 (42,3)	213 (35,8)
	Total	331 (55,6)	264 (44,4)	595 (100,0)
ATIVIDADE ERA REMUNERADA	Sim	299 (56,1)	234 (43,9)	533 (86,0)
	Não	46 (52,9)	41 (47,1)	87 (14,0)
	Total	345 (55,6)	275 (44,4)	620 (100,0)
A ATIVIDADE LABORAL ERA	Integral	202 (54,4)	169 (45,6)	371 (60,6)
	Sazonal	138 (57,3)	103 (42,7)	241 (39,4)
	Total	340 (55,6)	272 (44,4)	612 (100,0)

Quando verificamos as respostas por grupo individualmente, 67,07% das adolescentes que trabalhavam estavam compreendidas na faixa etária dos 13 ou mais anos de idade. No grupo masculino 70,83% também revelara o mesmo padrão.

Porém, 5% dos inquiridos indicaram que com menos 10 anos de idade já se teriam iniciado no mundo do trabalho.

Quando questionados sobre se a atividade laboral era remunerada 86% indicaram que sim e 60,6% indicaram que a mesma atividade era a *tempo integral*.

Quanto à participação na realização de atividades domésticas (casa, horta, etc.) a maioria das pessoas afirmaram ter esse hábito (67,3%) e constatamos que essa mesma participação era maioritariamente do sexo feminino. Esta última informação pode ser confirmada no quadro seguinte:

Quadro 164: Caraterização da participação em atividades domésticas (adolescência) por sexo

Atividades Domésticas		Sexo		
		Feminino n (% linha)	Masculino n (% linha)	Total n (% coluna)
ATIVIDADE DOMÉSTICA	Sim	624 (78,5)	171 (21,5)	795 (67,3)
	Não	82 (21,2)	305 (78,8)	387 (32,7)
	Total	706 (59,7)	476 (40,3)	1182 (100,0)

Propusemos de seguida descrever o tipo de atividades realizadas consideradas domésticas referentes ao período da adolescência. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 165: Caraterização da participação nos tipos de atividades domésticas (adolescência) por sexo.

Tipo de Atividades domésticas (N=788)	Sexo						TOTAL n (% Total) ^(b)
	Feminino			Masculino			
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	
COZINHA, LAVAR A LOUÇA...	604(88,3)	97,6	76,6	80(11,7)	47,3	10,2	684(86,8)
LIMPAR A CASA, FAZER COMPRAS...	463(86,7)	74,8	58,8	71(13,3)	42,0	9,0	534(67,8)
POLIR O CHÃO, BRICOLAGE, AGRICULTURA....	297(71,4)	48,0	37,7	119(28,6)	70,4	15,1	416(52,8)
FAZER A CAMA	243(86,8)	39,3	30,8	37(13,2)	21,9	4,7	280(35,5)
Total	619		78,6	169		21,4	1914 ^(a)

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às diferentes atividades de lazer; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às diferentes atividades de lazer.

Das 788 pessoas que responderam às perguntas do tipo de atividade em que participavam destacamos que as atividades mais referidas foram “cozinhar, lavar a louça, passar a ferro” (86,8%), “limpar a casa, fazer as compras” (67,8%) e ainda “polir o chão, bricolage...” (52,8%). A maior participação nestas atividades fora maioritariamente do sexo feminino.

2.4.1.3 ESTILOS DE VIDA

Procuramos de seguida compreender como determinados estilos de vida estavam presentes no período da adolescência dos habitantes do concelho de Coimbra.

▪ *Hábitos Tabágicos*

No que diz respeito aos hábitos tabágicos nesta fase da vida da população inquirida vejamos o quadro seguinte:

Quadro 166: Caracterização dos hábitos tabágicos na adolescência por sexo

		Sexo		
		Feminino n (% linha)	Masculino n (% linha)	Total n (% coluna)
CONSUMO DO TABACO NA ADOLESCÊNCIA	Sim	84(29,7)	199(70,3)	283 (66,7)
	Não	71(50,4)	70(49,6)	141 (33,3)
	Total	155(36,6)	269(63,4)	424
EM QUE CIRCUNSTÂNCIA FUMOU O 1.º CIGARRO	Sozinho	23 (51,1)	22 (48,9)	45 (13,9)
	Com amigos	53 (33,5)	105 (66,5)	158 (48,8)
	Com familiares	28 (23,1)	93 (76,9)	121 (37,3)
	Total	104 (32,1)	220 (67,9)	324 (100,0)
FREQUÊNCIA DE CONSUMO	Muito raramente	0 (,0)	1 (100,0)	1 (0,3)
	Ocasionalmente	102 (32,0)	217 (68,0)	319 (99,7)
	Total	102 (31,9)	218 (68,1)	320 (100,0)
CLASSES DE ANOS DE CONSUMO	≤ 10 anos	20 (60,6)	13 (39,4)	33 (8,9)
	[11-21[anos	49 (41,5)	69 (58,5)	118 (31,8)
	≥ 21 anos	59 (26,8)	161 (73,2)	220 (59,3)
	Total	128 (34,5)	243 (65,5)	324

336 Constatamos que 77,8% dos inquiridos iniciara o consumo de tabaco na adolescência e a maioria dos consumidores eram homens (67,8%). Quanto às circunstâncias do consumo do 1.º cigarro este realizara-se na presença de “amigos” (48,8%) ou com “familiares” (37,3%).

Quando avaliamos esta experiência por sexo a maioria das mulheres experimentou sozinha (51,1%). Porém, quanto à experiência de consumo do 1.º cigarro quando este foi entre amigos ou familiares constatamos que a maioria dos inquiridos era do sexo masculino. Quanto à frequência do consumo verificamos que a totalidade das pessoas que iniciou o consumo na adolescência indicou ter uma frequência de consumo do tipo “ocasional”.

Por fim, no que diz respeito ao número de anos de consumo de tabaco, verificamos que 8,9% dos inquiridos fuma/fumou 10 ou menos anos, enquanto 59,3% fumam à 21 ou mais anos. Quando comparamos por sexo, constatamos que as pessoas que fumam ou que são ex-fumadores com consumos ≤ a 10 anos a maioria é do sexo feminino. As restantes classes de anos de consumo constata-se um predomínio do sexo masculino.

Apresentamos a seguir o(s) motivo(s) mais apontados para fumar pela primeira vez. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 167: Motivo(s) para fumar pela 1.^a vez por sexo

Motivo(s) para fumar pela 1. ^a vez (N=322)	Sexo						TOTAL ^(b) n (% Total)
	Feminino			Masculino			
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	
CURIOSIDADE	20(32,3)	19,8	6,2	42(67,7)	19,0	13,0	62(19,3)
INFLUÊNCIA DE AMIGOS	75(35,9)	74,3	23,3	134(64,1)	60,6	41,6	209(64,9)
INFLUÊNCIA DE FAMILIARES	29(25,4)	28,7	9,0	85(74,6)	38,5	26,4	114(35,4)
POR QUERER SER ADULTO	3(42,9)	3,0	0,9	4(57,1)	1,8	1,2	7(2,2)
OUTROS MOTIVOS	14(22,6)	13,9	4,3	49(77,78)	22,17	15,22	63(19,6)
Total		101	31,4	221		68,6	455^(a)

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas às diferentes atividades de lazer; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas às diferentes atividades de lazer.

Das 322 pessoas que indicaram ter inicialmente fumado o 1.^o cigarro no período da adolescência, constatamos que os motivos que mais foram apontados para essa mesma experiência foram a “*influência de amigos*” com 64,9% das respostas seguida da “*influência familiar*”. Quando comparamos por sexo, verificamos que a maioria das respostas pertencia ao grupo masculino.

▪ *Tipo e Hábitos Alimentares*

No que diz respeito aos hábitos alimentares a maioria dos inquiridos indicou ter como rotina alimentar de 3 a 5 refeições durante a sua adolescência apesar de 4,1% dos nossos inquiridos terem referido ter à disposição 2 ou menos refeições principais por dia. Quanto ao tipo de alimentação, a maioria das pessoas referiu uma alimentação do tipo mediterrânea. Estes resultados podem ser confirmados no quadro seguinte:

Quadro 168: Caracterização dos hábitos alimentares na adolescência por sexo

		Sexo		
		Feminino n (% linha)	Masculino n (% linha)	Total n (% coluna)
REFEIÇÕES POR DIA ADOLESCÊNCIA	<3 Refeições	17 (41,5)	24 (58,5)	41 (4,1)
	[3 a 5] Refeições	547 (58,3)	392 (41,7)	939 (93,2)
	=>6 Refeições	19 (67,9)	9 (32,1)	28 (2,8)
	Total	583 (57,8)	425 (42,2)	1008 (100,0)
TIPO DE ALIMENTAÇÃO PRATICAVA ⁴⁰	Tipo Mediterrânica	530(58,0)	384(42,0)	914(91,6)
	Outro tipo de alimentação	15(62,5)	9(37,5)	24(2,4)
	Não sabe/não se recorda	32(53,3)	28(46,7)	60(6,0)
	Total	577(57,8)	421(42,2)	998

⁴⁰ Temos ainda a recodificação para 2 categorias.

▪ *Consumo de Álcool*

No que diz respeito ao início de consumo do álcool e se o mesmo teria sido iniciado no período da adolescência vejamos o quadro seguinte:

Quadro 169 Caracterização dos hábitos de consumo de álcool na adolescência por sexo

		Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
		n (% linha)	n (% linha)	n (% coluna)
OCORREU CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA	Sim	81 (22,3)	282 (77,7)	363 (68,4)
	Não	90 (53,6)	78 (46,4)	168 (31,6)
	Total	171 (32,2)	360 (67,8)	531 (100,0)

Das 531 pessoas que responderam a esta pergunta, verificamos que 68,4% indicaram ter iniciado o consumo na adolescência. Quando comparamos por sexo, a maioria das pessoas que indicaram ter iniciado nesta fase da vida eram maioritariamente do sexo masculino (77,7%)

Ao avaliarmos por grupos individualmente, constatamos que das 360 pessoas do sexo masculino 78,33% tinham iniciado o consumo de álcool no período da adolescência. Comportamento de consumo bastante diferente no grupo feminino onde só 47,37% é que indicaram ter iniciado esta prática de consumo.

Propusemos de seguida descrever o(s) motivo(s) para o início do consumo de álcool no período da adolescência. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 170: Motivo(s) para o consumo de álcool na adolescência por sexo

Motivo(s) para iniciar o consumo (N=286)	Sexo						TOTAL n (% Total) ^(b)
	Feminino			Masculino			
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	
INFLUÊNCIA DE FAMILIARES	14(34,1)	25,9	4,9	27(65,9)	11,6	9,4	41(14,3)
INFLUÊNCIA DE AMIGOS, COLEGAS, VIZINHOS	12(11,5)	22,2	4,2	92(88,5)	39,7	32,2	104(36,4)
CURIOSIDADE	20(14,2)	37,0	7,0	121(85,8)	52,2	42,3	141(49,3)
QUERER SER ADULTO	11(18,6)	20,4	3,8	48(81,4)	20,7	16,8	59(20,6)
QUESTÕES CULTURAIS	10(25,0)	18,5	3,5	30(75,0)	12,9	10,5	40(14,0)
MOTIVOS LABORAIS	0(0,0)	0,0	0,0	2(100,0)	0,9	0,7	2(0,7)
MOTIVOS EDUCATIVOS	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	0,4	0,3	1(0,3)
OUTROS MOTIVOS	2(40,0)	3,7	0,7	3(60,0)	1,3	1,0	5(1,7)
POR PRAZER	1(100,0)	1,9	0,3	0(0,0)	0,0	0,0	1(0,3)
Total		54	18,9	232			394 ^(a)

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas aos diferentes motivos para beber; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas sobre os motivos para beber.

Das 394 respostas observadas de um total de 286 pessoas que participaram na indicação do(s) motivo(s) para o início do consumo de álcool, verificamos que os motivos mais apontados foram a “curiosidade” (49,3%), “influência de amigos, colegas...” (36,4%), por “querer ser adulto” (20,6%) e ainda de “influência de familiares” (14,3%). Em todos os motivos referidos a maioria dos inquiridos eram do sexo masculino.

No que diz respeito aos momentos ou circunstâncias em que se dera o consumo vejamos o quadro seguinte:

Quadro 171: Momento(s) em que ocorreu o consumo de álcool na adolescência por sexo

Momento(s) para o início do consumo (N=298)	Sexo						TOTAL n (% Total) ^(b)
	Feminino			Masculino			
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	
FESTAS EM FAMÍLIA	28(32,9)	45,9	9,4	57(67,1)	24,1	19,1	85(28,5)
FESTAS COM AMIGOS, COLEGAS OU VIZINHOS	27(15,2)	44,3	9,1	151(84,8)	63,7	50,7	178(59,7)
SOZINHO	4(15,4)	6,6	1,3	22(84,6)	9,3	7,4	26(8,7)
EM FÉRIAS COM A FAMÍLIA	1(25,0)	1,6	0,3	3(75,0)	1,3	1,0	4(1,3)
EM FÉRIAS COM AMIGOS OU COLEGAS	5(17,2)	8,2	1,7	24(82,8)	10,1	8,1	29(9,7)
OUTROS MOMENTOS	4(23,5)	6,6	1,3	13(76,5)	5,5	4,4	17(5,7)
MOMENTO TRÁGICO	1(100,0)	1,6	0,3	0(0,0)	0,0	0,0	1(0,3)
REFEIÇÃO	4(66,7)	6,6	1,3	2(33,3)	0,8	0,7	6(2,0)
TRABALHO	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	0,4	0,3	1(0,3)
CONVÍVIO EM CAFÉS/BARES	2(13,3)	3,3	0,7	13(86,7)	5,5	4,4	15(5,0)
Total		61	20,5		237	79,5	362^(a)

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas aos diferentes momentos para beber; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas sobre o(s) momento(s) para beber.

Como podemos observar das 298 pessoas que participaram na indicação de um ou mais momentos, verificamos que a maioria das respostas indicou que o início do consumo de álcool realizara-se em “festas com amigos, colegas ou vizinhos...” (59,7%) e em “festas de família” (28,5%) seguida da experiência “sozinho” (8,7%) ou associado a “outros momentos” (5,7%) ou em “convívios de cafés/bares” (5%).

Quando comparamos as respostas por sexo, a maioria pertencia ao grupo masculino.

Quanto aos momentos de consumo apontados em cada um dos grupos individualmente, verificamos que no grupo feminino os motivos mais apontados foram em “festas em família” (45,9%) seguido em “festas com amigos, colegas ou vizinhos” (44,3%). No grupo masculino, a maioria das pessoas apontou o momento para o consumo “festas com amigos, colegas ou vizinhos” (63,7%).

Quanto ao local de consumo de álcool vejamos o quadro seguinte:

Quadro 172: Local(ais) em que ocorreu o consumo de álcool na adolescência por sexo

Locais(s) para beber (N=296)	Sexo						TOTAL n (% Total) ^(b)
	Feminino			Masculino			
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	
CASA PRÓPRIA	34(27,4)	56,7	11,5	90(72,6)	38,1	30,4	124(41,9)
CASA DE AMIGOS, COLEGAS, VIZINHOS	20(14,5)	33,3	6,8	118(85,5)	50,0	39,9	138(46,6)
DISCOTECAS	11(16,9)	18,3	3,7	54(83,1)	22,9	18,2	65(22,0)
BARES	9(15,5)	15,0	3,0	49(84,5)	20,8	16,6	58(19,6)
PARQUES DE FÉRIAS	0(0,0)	0,0	0,0	12(100,0)	5,1	4,1	12(4,1)
CASA DE FÉRIAS	0(0,0)	0,0	0,0	1(100,0)	0,4	0,3	1(0,3)
CAFÉS/RESTAURANTES	0(0,0)	0,0	0,0	2(100,0)	0,8	0,7	2(0,7)
BAILES	1(7,7)	1,7	0,3	12(92,3)	5,1	4,1	13(4,4)
TRABALHO	0(0,0)	0,0	0,0	2(100,0)	0,8	0,7	2(0,7)
Total		60	20,3		236	79,7	415^(a)

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas aos diferentes momentos para beber; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas sobre o(s) momento(s) para beber.

Os locais onde se concretizou o início do consumo de álcool na adolescência foram na “casa de amigos, colegas e vizinhos” (46,6%), em “casa própria” (41,9%), “discotecas” (22,0%) e “bares”

(16,6%). Quando comparamos a frequência de respostas por sexo, a maioria dos inquiridos era do sexo masculino.

Quanto à distribuição de respostas por grupo individualmente verificamos que no sexo feminino 56,7% afirmou ter iniciado o consumo na sua *própria casa* seguida da “*casa de amigos, colegas, vizinhos*” (33,3%). Ao nível do grupo masculino este padrão foi diferente, isto é, 50% dos respondentes de um total de 236 inquiridos indicou que o local privilegiado foi a “*casa de amigos, colegas e vizinhos*” e 38,1% na sua própria casa.

Quanto ao tipo de bebidas que habitualmente consumiam durante esse período da adolescência vejamos o quadro seguinte:

Quadro 173: Caraterização do tipo de bebidas de consumo de álcool na adolescência por sexo

Tipo de bebidas (N=334)	Sexo						TOTAL n (% Total) ^(b)
	Feminino			Masculino			
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	
VINHO...	43(24,9)	61,4	12,9	130(75,1)	49,2	38,9	173(51,8)
CERVEJA	36(16,4)	51,4	10,8	184(83,6)	69,7	55,1	220(65,9)
AGUARDENTE...	1(4,3)	1,4	0,3	22(95,7)	8,3	6,6	23(6,9)
WHISKY...	6(22,2)	8,6	1,8	21(77,8)	8,0	6,3	27(8,1)
SUMOS/ÁLCOOL...	2(40,0)	2,9	0,6	3(60,0)	1,1	0,9	5(1,5)
Total	70		21,0	264		79,0	448 ^(a)

Legenda: (a) – *Corresponde ao total de respostas aos diferentes locais para beber*; (b) – *Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas sobre o(s) local(ais) para beber.*

Das 334 pessoas que participaram na resposta ao tipo de bebidas que consumiam neste período de vida verificamos que os tipos de bebidas mais apontadas foram a “*cerveja*” (65,9%) e o “*vinho*” (51,8%).

Quando comparamos por sexo, a maioria dos inquiridos em todos os tipos de bebidas, era do sexo masculino. Quanto à frequência de respostas por grupo de forma individual verificamos que 61,4% das respostas do grupo feminino recaíram no consumo de “*vinho*” (61,4%), seguido da “*cerveja*” (51,4%). No que diz respeito ao grupo masculino, a frequência de respostas foi mais no tipo de bebida “*cerveja*” (69,7%) seguida da opção “*vinho*” (42,2%).

▪ **Atividade Desportiva**

Propusemo-nos ainda conhecer se neste período da vida, os nossos inquiridos, tinham por hábito a realização de exercício físico. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 174: Atividade Física na adolescência por sexo

		Sexo		
		Feminino n (% linha)	Masculino n (% linha)	Total n (% coluna)
PRÁTICA DE DESPORTO	Sim	265 (48,5)	281 (51,5)	546 (46,4)
	Não	435 (68,9)	196 (31,1)	631 (53,6)
	Total	700 (59,5)	477 (40,5)	1177 (100,0)
ATIVIDADE DESPORTIVA DENTRO DA ESCOLA	Sim	243 (49,9)	244 (50,1)	487 (89,2)
	Não	22 (37,3)	37 (62,7)	59 (10,8)
	Total	265 (48,5)	281 (50,1)	546 (100,0)
TIPO DE PRÁTICA DESPORTIVA	Federado	24(27,3)	64(72,7)	88(16,8)
	Amador	219(50,3)	216(49,7)	435(83,2)
	Total	243(46,5)	280(53,5)	523

Como podemos constatar 46,4% dos inquiridos indicou, como rotina, praticar algum tipo de atividade física e a maioria destes eram homens. No entanto, quando distribuímos as respostas face à prática de desporto enquanto atividade curricular dentro da escola 89,2% indicaram participar nessa mesma prática.

Quanto ao tipo de prática, 83,2% indicou ser amadora. No entanto, das 88 pessoas que indicaram realizar atividade desportiva “federada”, a maioria eram do sexo masculino (72,7%).

No entanto procuramos conhecer o(s) motivo(s) apontado(s) para a não prática de atividade física. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 175: Motivo(s) para a não prática de atividade física na adolescência

Motivo(s) para não praticar (N=521)	Sexo						TOTAL n (% Total) ^(b)
	Feminino			Masculino			
	n (% linha)	% coluna	% Total	n (% linha)	% coluna	% Total	
NÃO GOSTAR DE PRATICAR	98(66,7)	27,6	18,8	49(33,3)	29,5	9,4	147(28,2)
NÃO SE SENTIR MOTIVADO(A)	128(66,0)	36,1	24,6	66(34,0)	39,8	12,7	194(37,2)
POR IGNORÂNCIA DOS BENEFÍCIOS	52(63,4)	14,6	10,0	30(36,6)	18,1	5,8	82(15,7)
VERGONHA DE SE EXPOR	27(81,8)	7,6	5,2	6(18,2)	3,6	1,2	33(6,3)
RECOMENDAÇÃO MÉDICA	1(50,0)	0,3	0,2	1(50,0)	0,6	0,2	2(0,4)
PROBLEMAS DE SAÚDE	7(63,6)	2,0	1,3	4(36,4)	2,4	0,8	11(2,1)
FALTA DE ESPAÇOS PÚBLICOS/PRIVADOS PARA A PRÁTICA DESPORTIVA	41(74,5)	11,5	7,9	14(25,5)	8,4	2,7	55(10,6)
FALTA DE TEMPO	21(80,8)	5,9	4,0	5(19,2)	3,0	1,0	26(5,0)
MOTIVOS FINANCEIROS	20(80,0)	5,6	3,8	5(20,0)	3,0	1,0	25(4,8)
OPOSIÇÃO DA FAMÍLIA	3(75,0)	0,8	0,6	1(25,0)	0,6	0,2	4(0,8)
Total	355		68,1	166		31,9	579 ^(a)

Legenda: (a) – Corresponde ao total de respostas aos diferentes momentos para beber; (b) – Corresponde a proporção relativa face ao número total de habitantes que participaram nas respostas sobre o(s) momento(s) para beber.

Das 591 pessoas que participaram nas respostas aos motivos para a não prática de atividade desportiva constatamos que uma grande parte das respostas orientou-se para a “ausência de motivação” (37,2%), de “não gostar de praticar” (28,2%), pela “ignorância dos benefícios” (15,7%) e ainda com alguma expressão “falta de espaços públicos/privados para a prática desportiva” (10,6%). Porém, abaixo dos 10% das respostas, os motivos mais referidos centraram-se na “vergonha de se expor” “falta de tempo” (5%) e “motivos financeiros” (4,8%).

Quando comparamos a frequência de respostas por sexo a totalidade dos motivos apontados para a não prática eram maioritariamente pertencentes ao sexo feminino.

2.4.2 IMPACTO DA ADOLESCÊNCIA NA PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE PRESENTE

Nesta fase do nosso trabalho de tese propusemos avaliar, quer de forma individual quer de forma combinada, o impacto de determinados indicadores com contexto no período da adolescência na percepção geral de saúde nos habitantes do concelho de Coimbra no momento presente. Face ao exposto, dividimos esta parte em indicadores de contexto e de estado de saúde e estilos de vida.

2.4.2.1 INDICADORES DE CONTEXTO

2.4.2.1.1 - LOCAL DE RESIDÊNCIA

Procuramos compreender a variabilidade média da percepção geral de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental em relação ao local de residência no período da adolescência nos habitantes do concelho de Coimbra. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 176: Percepção Geral de Saúde em função do local de residência no período da adolescência

ESTADO DE SAÚDE	ÁREA DE RESIDÊNCIA				p
	SIM		NÃO		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	83,95±20,81 (692)	82,40-85,50	85,29±20,35 (492)	83,49-87,09	0,271
DESEMPENHO FÍSICO	83,93±22,75 (694)	82,24-85,63	84,54±21,88 (496)	82,61-86,47	0,644
DOR CORPORAL	70,24±23,76 (697)	68,47-72,01	70,42±24,35 (499)	68,27-72,56	0,900
SAÚDE EM GERAL	60,73±17,51 (696)	59,43-62,03	63,37±18,49 (495)	61,73-65,00	0,012
VITALIDADE	66,55±21,80 (692)	64,92-68,18	64,60±21,08 (496)	62,74-66,46	0,123
FUNÇÃO SOCIAL	83,65±20,23 (698)	82,15-85,15	80,51±21,83 (499)	78,59-82,43	0,012
DESEMPENHO EMOCIONAL	86,78±21,25 (692)	85,19-88,36	85,79±20,60 (496)	83,97-87,60	0,422
SAÚDE MENTAL	76,60±19,32 (692)	75,16-78,05	74,54±19,77 (495)	72,80-76,29	0,073

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes.

Como podemos observar, ao nível das medidas de estado de saúde físicas só se observaram diferenças médias significativas no índice saúde em geral. As pessoas que no período da adolescência, não residiam no concelho em estudo e que atualmente vivem, apresentam em média, uma melhor percepção de saúde em geral comparativamente às pessoas que viviam na adolescência no concelho e que mantêm essa mesma condição de residência no momento presente.

Quanto às medidas de estado de saúde mental, verificamos que só se observaram diferenças médias significativas ao nível do índice função social e também de forma significativamente marginal ao nível da saúde mental. Podemos afirmar que as pessoas que viveram a sua adolescência no concelho em estudo e que atualmente lá se mantêm apresentam uma função social

e um bem-estar psicológico melhor comparativamente às pessoas que não passaram a sua adolescência, enquanto residência, no concelho em causa. Apesar de não se registarem diferenças nos restantes índices das MESM, podemos também verificar que as pessoas que também indicaram sempre terem vivido a sua adolescência na mesma área de residência demonstram uma maior vitalidade e desempenho emocional comparativamente às pessoas que não viveram a sua adolescência neste concelho.

Procuramos de seguida compreender o impacto da área de residência dos habitantes no período da adolescência que anteriormente indicaram não terem vivido nesta fase da vida no concelho de Coimbra ao nível das medidas de estado de saúde (física e mental). Vejamos o quadro seguinte

Quadro 177: Perceção Geral de Saúde em função do local de residência fora do concelho de Coimbra no período da adolescência

ESTADO DE SAÚDE	ÁREA DE RESIDÊNCIA				p
	SIM		NÃO		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	85,14±20,57 (437)	83,21-87,08	85,36±18,70 (55)	80,31-90,42	0,782
DESEMPENHO FÍSICO	84,46±22,18 (442)	82,39-86,54	84,14±21,71 (54)	78,22-90,07	0,862
DOR CORPORAL	70,79±24,09 (444)	68,54-73,03	67,80±25,38 (55)	60,94-74,66	0,410
SAÚDE EM GERAL	63,17±18,60 (440)	61,43-64,91	63,69±18,69 (55)	58,64-68,74	0,948
VITALIDADE	64,61±20,92 (441)	62,66-66,57	63,45±23,82 (55)	57,01-69,89	0,833
FUNÇÃO SOCIAL	80,38±21,73 (444)	78,35-82,40	82,05±23,42 (55)	75,71-88,38	0,358
DESEMPENHO EMOCIONAL	86,22±20,23 (442)	84,33-88,11	82,25±23,96 (54)	75,71-88,79	0,377
SAÚDE MENTAL	74,70±19,88 (440)	72,84-76,57	71,93±21,05 (55)	66,24-77,62	0,343

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Wilcoxon-Mann-Whitney.

Como podemos observar, não se registaram diferenças significativas entre as pessoas que indicaram que a sua residência era em Portugal (continente e ilhas) comparativamente às pessoas que residiram fora do país no período da adolescência.

Porém, podemos afirmar, em média, que as pessoas que viveram durante a adolescência noutros concelhos portugueses apresentam menor impacto da dor corporal na sua rotina diária, maior energia (vitalidade), desempenho emocional e bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que viveram o seu período da adolescência noutro país.

No entanto, também podemos verificar, mas não de forma significativa, que as pessoas que residiram noutro país no período da adolescência revelam atualmente melhor função social comparativamente às pessoas que viveram esse período nos concelhos portugueses.

2.4.2.1.2 - TIPO DE FAMÍLIA

Procuramos avaliar se o tipo de família de origem teria relação com a percepção geral de estado de saúde ao nível das Medidas de Estado de Saúde Físicas (MESF). Neste propósito de análise foram excluídos as pessoas que indicaram “família institucional”. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 178: Medidas de Estado de Saúde Físicas em função do tipo de família

	FUNÇÃO FÍSICA		DESEMPENHO FÍSICO		DOR CORPORAL		SAÚDE GERAL	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
FM	87,39±21,01 (88)	82,94-91,85	84,82±23,44 (91)	79,94-89,70	68,77±25,36 (92)	63,52-74,02	63,26±18,28 (92)	59,47-67,05
FN	84,77±20,56 (722)	83,27-86,27	85,20±21,88 (725)	83,60-86,79	71,36±23,88 (728)	69,62-73,10	62,84±17,89 (726)	61,54-64,15
FA	83,59±20,43 (327)	81,37-85,82	82,30±22,96 (328)	79,81-84,80	69,20±23,88 (328)	66,60-71,79	59,75±17,68 (326)	57,82-61,67
<i>p</i>	0,293		0,147		0,304		0,027	

Legenda: FM (Família monoparental); FN (Família nuclear); FA (Família Alargada); M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média. Teste: Análise de Variância a um fator.

Como podemos observar, só se registaram diferenças estatisticamente significativas no índice percepção de saúde geral em função do tipo de família no período da adolescência ($p < 0,05$). Com recurso ao teste de comparações múltiplas *Tukey (HSD)*, constatamos que as pessoas que tiveram como presença uma família do *tipo nuclear* demonstraram melhor percepção de saúde na vida adulta comparativamente às pessoas de *família alargada* ($\bar{d} = 3,099; p = 0,025$). No entanto na comparação entre pessoas com famílias nucleares e famílias monoparentais revelou-se um padrão homogêneo de perfil de saúde geral ($p > 0,05$).

344

No que diz respeito aos restantes índices de saúde (*função e desempenho físico e dor corporal*) não se registaram diferenças significativas entre os diferentes tipos de famílias no período da adolescência. No entanto, podemos observar que as pessoas que indicaram ter uma família nuclear no período da adolescência revelaram, em média, melhores índices de função e desempenho físico comparativamente aos restantes grupos de famílias. Quanto ao impacto da dor corporal nas atividades diárias, constatamos que as pessoas que pertenciam a famílias nucleares apresentavam, em média, menos impacto da dor comparativamente aos restantes grupos/tipos de famílias.

No que diz respeito às Medidas de Estado de Saúde Mental (MESM), vejamos o quadro seguinte:

Quadro 179: Medidas de Estado de Saúde Mental em função do tipo de família

	VITALIDADE		FUNÇÃO SOCIAL		DESEMPENHO EMOCIONAL		SAÚDE MENTAL	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
FM	66,61±20,96 (90)	62,22-71,00	83,15±21,00 (92)	78,80-87,50	86,30±22,77 (90)	81,53-91,07	76,49±19,87 (89)	72,31-80,68
FN	66,29±21,54 (724)	64,72-67,87	83,47±20,24 (729)	82,00-84,94	87,02±20,41 (724)	85,53-88,51	76,40±19,15 (724)	75,00-77,79
FA	64,37±21,72 (327)	62,01-66,74	79,73±22,11 (328)	77,32-82,13	84,91±21,63 (328)	82,56-87,26	73,98±20,56 (327)	71,74-76,22
<i>p</i>	0,380		0,025		0,319		0,168	

Legenda: FM (Família monoparental); FN (Família nuclear); FA (Família Alargada); M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Teste: Análise de Variância a um fator.

Segundo os resultados apresentados no quadro anterior constatamos só a presença de diferenças significativas no índice de “*função social*” em função do tipo de família de origem ($p < 0,05$). Com

recurso ao teste de comparações múltiplas *Tukey (HSD)*, as pessoas que tiveram como presença uma família do tipo nuclear demonstraram melhor percepção de saúde ao nível desta componente na vida adulta comparativamente às pessoas de família alargada ($\bar{d} = 7,45; p = 0,019$), mas apresentaram um comportamento semelhante em relação às pessoas com famílias monoparentais. Quanto aos restantes índices, não se observaram diferenças significativas em função do tipo de família de origem ($p > 0,05$). No entanto, podemos afirmar que as pessoas que indicaram pertencer a uma família do tipo nuclear demonstraram, em média, no momento presente, um melhor estado de saúde mental comparativamente aos restantes tipos de família de origem.

2.4.2.1.3 - RELIGIÃO

Procuramos de seguida compreender se a percepção geral de saúde (MESF e MESM) variava em função do tipo de prática/integração religiosa durante o período da adolescência. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 180: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em função da religião na adolescência

ESTADO DE SAÚDE	INTEGRADO RELIGIOSAMENTE				p
	SIM		NÃO		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	83,70±20,92 (935)	82,36-85,05	86,23±20,24 (222)	83,56-88,91	0,103
DESEMPENHO FÍSICO	84,11±22,54 (941)	82,67-85,55	82,37±22,70 (223)	79,38-85,37	0,302
DOR CORPORAL	69,79±24,44 (946)	68,23-71,35	70,79±23,30 (225)	67,73-73,85	0,578
SAÚDE EM GERAL	61,56±18,24 (940)	60,39-62,72	61,84±17,70 (225)	59,51-64,16	0,836
VITALIDADE	65,99±21,77 (939)	64,59-67,38	62,20±20,37 (223)	59,51-64,88	0,014
FUNÇÃO SOCIAL	82,29±21,35 (947)	80,92-83,65	80,56±19,47 (225)	78,00-83,11	0,267
DESEMPENHO EMOCIONAL	86,68±20,75 (941)	85,35-88,01	82,88±22,80 (221)	79,86-85,90	0,024
SAÚDE MENTAL	75,73±19,84 (938)	74,46-77,00	74,07±18,93 (223)	71,57-76,57	0,257

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes.

Como podemos observar no quadro anterior, não se registaram diferenças médias significativas de percepção de estado de saúde ao nível das medidas físicas (MESF) em função do habitante ter estado integrado religiosamente ou não durante o período da adolescência ($p > 0,05$). Podemos afirmar que existiu um padrão homogéneo de percepção de saúde quanto ao indicador de contexto em referência.

No entanto, quanto às medidas de estado de saúde mental (MESM), constatamos que as pessoas que indicaram ter pertencido a uma religião no período da adolescência demonstraram, na atualidade, significativamente melhores índices de vitalidade, energia e desempenho emocional comparativamente às pessoas que não revelaram ter estado integradas religiosamente no período de vida em estudo. Quanto aos restantes índices, apesar não se observarem diferenças significativas verificamos que em média as pessoas que se encontravam integradas religiosamente

no período da adolescência apresentaram no momento presente melhor função social e bem-estar psicológico.

Propusemos de seguida avaliar se a frequência de participação em atividades religiosas se diferenciavam em relação à percepção atual de saúde em geral. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 181: Medidas de Estado de Saúde Físicas em função da frequência de participação em atividades religiosas

ÍNDICES DE SAÚDE	Atividades religiosas						p
	Nenhuma Atividade		Uma atividade		Duas atividades		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	88,21±18,11 (140)	85,18-91,23	83,46±22,58 (332)	81,02-85,90	82,52±20,32 (463)	80,66-84,37	0,014
DESEMPENHO FÍSICO	88,42±20,01 (143)	85,11-91,73	85,22±22,62 (334)	82,78-87,65	81,98±23,01 (464)	79,88-84,08	0,004
DOR CORPORAL	76,24±22,55 (145)	72,54-79,94	73,22±23,40 (336)	70,71-75,73	65,29±24,94 (465)	63,02-67,56	<0,0001
SAÚDE EM GERAL	65,98±15,27 (142)	63,44-68,51	62,33±18,36 (334)	60,35-64,31	59,65±18,73 (464)	57,94-61,36	<0,0001
VITALIDADE	72,31±20,82 (142)	68,86-75,77	69,59±21,76 (334)	67,25-71,93	61,45±21,13 (463)	59,52-63,38	<0,0001
FUNÇÃO SOCIAL	87,33±18,22 (146)	84,35-90,31	83,97±21,75 (336)	81,63-86,30	79,49±21,60 (465)	77,52-81,46	<0,0001
DESEMPENHO EMOCIONAL	90,56±17,39 (143)	87,68-93,43	87,55±22,11 (334)	85,17-89,93	84,86±20,52 (464)	82,99-86,73	0,007
SAÚDE MENTAL	80,26±17,94 (141)	77,27-83,24	78,31±19,91 (334)	76,17-80,45	72,49±19,83 (463)	70,68-74,30	<0,0001

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Testes: Análise de Variância a um fator; Brown-Forsythe.

Como podemos constatar, registaram-se diferenças médias estatisticamente significativas de percepção geral de saúde em função da frequência de participação em atividades religiosas (celebrações, catequese, etc.).

Com recurso ao teste de comparações múltiplas Games-Howell (G-H), podemos verificar que as pessoas que indicaram ser religiosas mas que não participavam no período da adolescência em atividades associadas à religião apresentaram em média melhor função física comparativamente às pessoas que participavam ($d_{\bar{x}[1 \text{ atividade}]} = 4,748; p = 0,043; d_{\bar{x}[2 \text{ atividades}]} = 5,690; p = 0,005$). Porém, não se registaram diferenças médias entre as pessoas que indicaram realizar uma ou mais atividades religiosas ($d_{\bar{x}} = 0,943; p = 0,817$). Quanto aos índices *desempenho físico, impacto da dor corporal e saúde em geral* constatamos que as pessoas que indicaram não participar em atividades religiosas se diferenciaram significativamente face às pessoas que indicaram realizar duas atividades ($d_{\bar{x}[\text{desempenho físico}]} = 6,436; p = 0,004; d_{\bar{x}[\text{dor corporal}]} = 10,951; p < 0,0001; d_{\bar{x}[\text{saúde em geral}]} = 6,330; p < 0,0001$). O mesmo não ocorreu em pessoas que só indicaram participar numa atividade ($d_{\bar{x}[\text{desempenho físico}]} = 3,201; p = 0,275; d_{\bar{x}[\text{dor corporal}]} = 3,018; p < 0,379; d_{\bar{x}[\text{saúde em geral}]} = 3,650; p = 0,066$). Quando comparamos as pessoas que praticavam entre uma atividade com as pessoas que praticavam duas atividade só se registaram diferenças médias significativas ao nível do índice dor corporal ($d_{\bar{x}} = 7,933; p < 0,0001$) mas semelhantes ao nível dos restantes índices das medidas de estado de saúde físicas ($d_{\bar{x}[\text{desempenho físico}]} = 3,235; p = 0,118; d_{\bar{x}[\text{saúde em geral}]} = 2,681; p = 0,109$). Quanto às medidas de estado de saúde mental, com

recurso ao teste de comparações múltiplas Tukey (HSD), constatamos que as pessoas que não participavam em nenhum culto religioso apresentaram significativamente maior vitalidade comparativamente às pessoas que indicaram realizar duas atividades ($d_{\bar{x}} = 10,865; p < 0,0001$) mas não de forma diferenciadora com as pessoas que indicaram ter participado numa atividade ($d_{\bar{x}} = 2,721; p = 0,410$). Padrão semelhante ocorreu ao nível da função social, desempenho emocional e saúde mental ($G - H_{função\ social}: d_{\bar{x}[2\ atividades]} = 7,840; p < 0,0001; G - H_{desempenho\ emocional}: d_{\bar{x}[2\ atividades]} = 5,670; p = 0,003; Tukey\ (HSD)_{saúde\ mental}: d_{\bar{x}[2\ atividades]} = 7,840; p < 0,0001; G - H_{função\ social}: d_{\bar{x}[1\ atividades]} = 3,363; p = 0,187; G - H_{desempenho\ emocional}: d_{\bar{x}[1\ atividades]} = 3,01; p = 0,251; Tukey\ (HSD)_{saúde\ mental}: d_{\bar{x}[1\ atividades]} = 1,947; p = 0,584$). Por fim, as pessoas que indicaram só participar numa atividade religiosas diferenciaram-se significativamente às pessoas que indicaram participar em duas atividades ($Tukey\ (HSD)_{vitalidade}: d_{\bar{x}} = 8,144; p < 0,0001; G - H_{função\ social}: d_{\bar{x}} = 4,477; p = 0,011; Tukey\ (HSD)_{saúde\ mental}: d_{\bar{x}} = 5,816; p < 0,0001$).

Procuramos, de seguida, avaliar a percepção geral de saúde quer ao nível físico quer mental em relação às pessoas que indicaram estar integradas, ou não, religiosamente no período da adolescência e que são ou não religiosas no presente. Face ao exposto, propusemos avaliar, de forma multivariada, quer o contributo do efeito combinado quer de forma isolada as variáveis independentes na explicação da percepção geral do estado de saúde ao nível físico. O quadro seguinte apresenta o design fatorial (efeitos combinados e efeitos principais) para aplicação da estatística multivariada.

Quadro 182: Design fatorial sobre a integração na religião na adolescência e na vida adulta ao nível das medidas de estado de saúde física.

Índices de Saúde	Religião (Adolescência)	Religião (Vida Adulta)		
		Sim M±DP	Não M±DP	Total M±DP
Função Física	Sim	83,54±21,17	86,41±15,39	83,66±20,96
	Não	84,61±20,56	92,16±11,53	87,19±18,31
	Total	83,69±21,08	90,18±13,21	84,33±20,52
Desempenho Físico	Sim	84,31±22,55	83,65±20,81	84,28±22,47
	Não	79,89±24,77	88,60±15,84	82,87±22,46
	Total	83,70±22,91	86,89±17,78	84,02±22,47
Dor Corporal	Sim	69,92±24,49	71,56±22,52	69,99±24,40
	Não	70,04±24,66	73,03±19,43	71,06±23,00
	Total	69,94±24,50	72,52±20,46	70,19±24,14
Saúde em Geral	Sim	61,46±18,40	65,15±14,93	61,62±18,28
	Não	61,31±18,93	63,84±13,72	62,18±17,33
	Total	61,44±18,47	64,29±14,10	61,72±18,10

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão

Como podemos observar no quadro anterior, no que diz respeito aos efeitos combinados, verificamos que as pessoas que indicaram estarem integradas religiosamente na adolescência e que mantêm a mesma condição na vida adulta revelam sensivelmente menor ou igual condição

de saúde ao nível da função física e maior impacto da dor corporal nas suas atividades de rotina comparativamente às pessoas que indicaram não estarem integradas religiosamente na adolescência mas que no presente se encontram integrados.

Quanto ao desempenho físico, as pessoas que indicaram que no período da adolescência não pertenciam a nenhuma religião mas que atualmente estão integradas apresentaram, em média, pior índice de saúde comparativamente às pessoas que já se encontravam integradas no passado e continuam no momento presente. Padrão ligeiramente semelhante ocorreu ao nível do índice de saúde em geral.

Quanto às pessoas que indicaram que no momento presente não se encontravam integradas numa religião mas que já estiveram no período da adolescência apresentaram, em média, menor condição de saúde nos vários índices à exceção da percepção de *saúde em geral*.

Quanto aos efeitos isolados, podemos verificar que as pessoas que indicaram ter um passado integrado no âmbito da religião apresentaram, em média, uma percepção ligeiramente mais negativa da condição de saúde física em quase todos os índices comparativamente às pessoas que indicaram não terem estado integradas religiosamente.

Por fim, quanto às pessoas que atualmente estão ou não integradas religiosamente, verificamos que estas últimas revelaram índices de saúde ligeiramente mais positivos ao nível físico comparativamente aos primeiros.

Face ao exposto, e com recurso à análise de variância multivariada, procuramos avaliar o efeito dos fatores (o tipo de integração na religião referente à adolescência e a religião na vida adulta) sobre um compósito da função e desempenho físico, dor corporal e saúde em geral. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 183: Análise de Variância Multivariada da Integração Religiosa na Adolescência e a religião na vida adulta sobre as Medidas de Estado de Saúde Físicas.

Multivariate Tests								
	<i>Efeitos Principais e Moderação</i>	<i>Traço de Pillay (U)</i>	<i>Maior Raiz de Roy (λ_1)</i>	$p(U)$	$p(\lambda_1)$	$\eta_p^2(U)$	$\eta_p^2(\lambda_1)$	$\pi^{(a)}$
	1)	0,005	0,005	0,243	0,243	0,005	0,005	0,429
	2)	0,005	0,005	0,186	0,186	0,005	0,005	0,482
	1 × 2	0,006	0,006	0,135	0,135	0,006	0,006	0,541
	<i>Intercept</i>	0,857	5,985	<0,0001	<0,0001	0,857	0,857	1,000
Test of Between-Subjects Effects								
Efeitos Principais:	<i>Variáveis Dependentes</i>	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	<i>F</i>	<i>p</i>	
Religião (Adolescência)	Função Física	982,600	417,720	1	1142	2,352	0,125	
	Desempenho Físico	5,692	502,543	1	1142	0,011	0,915	
	Dor Corporal	52,387	583,572	1	1142	0,090	0,765	
	Saúde em Geral	45,507	327,644	1	1142	0,139	0,709	
Religião (Adulto)	Função Física	2297,797	417,720	1	1142	5,501	0,019	
	Desempenho Físico	1371,369	502,543	1	1142	2,729	0,099	
	Dor Corporal	453,466	583,572	1	1142	0,777	0,378	
	Saúde em Geral	817,749	327,644	1	1142	2,496	0,114	
Efeitos Interação	<i>Variáveis Dependentes</i>	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	<i>F</i>	<i>p</i>	
Religião (Adolescência) × Religião (Adulto)	Função Física	463,861	417,720	1	1142	1,110	0,292	
	Desempenho Físico	1855,129	502,543	1	1142	3,691	0,055	
	Dor Corporal	38,595	583,572	1	1142	0,066	0,797	
	Saúde em Geral	28,662	327,644	1	1142	0,087	0,767	
	<i>Modelo Corrigido (FF)</i>	1758,760	417,720	3	1142	4,210	0,006	
	<i>Modelo Corrigido (DF)</i>	1352,893	502,543	3	1142	2,692	0,045	
	<i>Modelo Corrigido (DC)</i>	245,275	583,572	3	1142	0,420	0,738	
	<i>Modelo Corrigido (SG)</i>	291,764	327,644	3	1142	0,890	0,445	

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Religião na Adolescência; 2) Religião na vida adulta. 1 × 2: Efeito de interação entre os efeitos principais.

Podemos verificar, segundo o quadro anterior, a ausência de um efeito de interação⁴¹ entre os fatores *integrado religiosamente* na adolescência e a *integração na religião na vida adulta* no compósito multivariado das medidas de estado de saúde ($U_{1 \times 2} = 0,006$; $F = 1,759$; $p = 0,135$). No entanto, com recurso a Análise de Variância Fatorial a II fatores (interação) revelou ser marginalmente significativo ao nível do índice desempenho físico. Mas este efeito não revelou ser suficientemente significativo por apresentar uma análise de potência bastante inferior ao recomendado ($\pi_{1 \times 2}[\text{desempenho físico}] = 0,484 < \pi_{1-\beta} = 0,8$).

Também verificamos que as variáveis principais *religião (adolescência)* e *religião na vida adulta*, de forma isolada, não apresentaram efeitos estatisticamente significativos ($U_1 = 0,005$; $F = 1,366$; $p = 0,243$; $U_2 = 0,005$; $F = 1,549$; $p = 0,186$).

Porém, com recurso à Análise de Variância Fatorial verificamos que estaríamos perante uma diferença significativa do índice *função física* entre as pessoas que estavam atualmente integradas

⁴¹ Também designado por “Efeito de Moderação”

ou não numa religião ($\pi_{função\ física} = 0,649 < \pi_{1-\beta} = 0,8$). Face ao exposto, em média, e segundo o teste de comparações múltiplas Bonferroni, as pessoas que estavam integradas religiosamente no presente apresentam pior função física face às pessoas que indicam não ter.

Propusemos também avaliar, de forma multivariada, o contributo, quer do efeito combinado quer de forma isolada das variáveis independentes na explicação da percepção geral do estado de saúde ao nível mental. O quadro seguinte apresenta o design fatorial (efeitos combinados e efeitos principais) para aplicação da estatística multivariada.

Quadro 184: Design fatorial sobre a integração na religião na adolescência e na vida adulta ao nível das medidas de estado de saúde mental.

Índices de Saúde	Religião (Adolescência)	Religião (Vida Adulta)		Total
		Sim	Não	
		M±DP	M±DP	M±DP
Vitalidade	Sim	66,01±21,70	65,90±22,56	66,01±21,73
	Não	61,42±21,44	64,19±17,71	62,36±20,25
	Total	65,38±21,71	64,78±19,44	65,32±21,49
Função Física	Sim	82,67±21,09	75,64±24,15	82,38±21,26
	Não	79,34±21,23	82,94±14,42	80,56±19,24
	Total	82,21±21,13	80,42±18,59	82,04±20,90
Desempenho Físico	Sim	86,84±20,80	84,62±18,98	86,75±20,73
	Não	79,57±25,10	90,32±14,14	83,22±22,55
	Total	85,83±21,58	88,35±16,12	86,08±21,12
Saúde Mental	Sim	75,61±19,93	77,23±17,82	75,68±19,84
	Não	71,44±20,73	79,47±13,29	74,17±18,90
	Total	75,03±20,09	78,70±14,96	75,39±19,67

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão

Quanto aos efeitos combinados podemos afirmar que as pessoas que no momento atual que se encontram integradas religiosamente e que têm um percurso semelhante na adolescência revelam níveis de saúde mais elevados comparativamente às pessoas que não tinham estado integradas religiosamente no passado mas que no momento presente afirmaram que sim.

Porém, quanto às pessoas que no momento atual indicaram não estarem integradas religiosamente mas que também não tiveram um percurso de integração religioso na adolescência apresentam, em média, melhor condição de saúde mental ao nível da *função social, desempenho emocional e bem-estar psicológico* comparativamente às pessoas que neste momento não estão integradas mas que inicialmente na adolescência manifestaram terem estado integradas. Ao nível da *vitalidade* verificara-se o oposto.

No que diz respeito ao efeito principal “*integração religiosa no período da adolescência*” verificamos que as pessoas que indicaram ter estado integradas apresentaram, em todos os índices de saúde, melhores resultados comparativamente às pessoas que indicaram não terem estado integradas.

Quanto ao efeito principal *integração religiosa na vida adulta*, também se constatou que as pessoas que autodeclararam ser religiosas apresentam mais *vitalidade e função social* mas também menor

desempenho emocional e menor *bem-estar psicológico* comparativamente às pessoas que indicaram não ter nenhuma religião.

Face ao exposto, e com recurso à análise de variância multivariada, procuramos avaliar o efeito dos fatores (o tipo de integração na religião referente à adolescência e a religião na vida adulta) sobre um compósito da vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 185: Análise de Variância Multivariada da Integração Religiosa na Adolescência e a religião na vida adulta sobre as Medidas de Estado de Saúde Mental.

Multivariate Tests								
	<i>Efeitos Principais e Moderação</i>	<i>Traço de Pillay (U)</i>	<i>Maior Raiz de Roy (λ_1)</i>	$p(U)$	$p(\lambda_1)$	$\eta_p^2(U)$	$\eta_p^2(\lambda_1)$	$\pi^{(a)}$
	1)	0,006	0,006	0,138	0,138	0,006	0,006	0,537
	2)	0,017	0,017	0,001	0,001	0,017	0,017	0,962
	1 × 2	0,010	0,010	0,021	0,021	0,010	0,010	0,784
	<i>Intercept</i>	0,862	6,249	<0,0001	<0,0001	0,862	0,862	1,000
Test of Between-Subjects Effects								
Efeitos Principais:	<i>Variáveis Dependentes</i>	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	<i>F</i>	<i>p</i>	
Religião (Adolescência)	Vitalidade	839,699	460,801	1	1149	1,822	0,177	
	Função social	333,046	435,171	1	1149	0,765	0,382	
	Desempenho Emocional	52,071	440,187	1	1149	0,118	0,731	
	Saúde mental	78,208	384,740	1	1149	0,203	0,652	
Religião (Adulto)	Vitalidade	148,859	460,801	1	1149	0,323	0,570	
	Função social	249,621	435,171	1	1149	0,574	0,449	
	Desempenho Emocional	1537,183	440,187	1	1149	3,492	0,062	
	Saúde mental	1972,730	384,740	1	1149	5,127	0,024	
Efeitos Interação	<i>Variáveis Dependentes</i>	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	<i>F</i>	<i>p</i>	
Religião (Adolescência) × Religião (Adulto)	Vitalidade	175,679	460,801	1	1149	0,381	0,537	
	Função social	2393,634	435,171	1	1149	5,500	0,019	
	Desempenho Emocional	3561,673	440,187	1	1149	8,091	0,005	
	Saúde mental	869,152	384,740	1	1149	2,259	0,133	
	<i>Modelo Corrigido (V)</i>	907,585	460,801	3	1149	1,970	0,117	
	<i>Modelo Corrigido (FS)</i>	1021,764	435,171	3	1149	2,348	0,071	
	<i>Modelo Corrigido (DE)</i>	2675,854	440,187	3	1149	6,079	0,000	
	<i>Modelo Corrigido (SM)</i>	1216,722	384,740	3	1149	3,162	0,024	

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Religião na Adolescência; 2) Religião na vida adulta. 1 × 2: Efeito de interação entre os efeitos principais.

Podemos verificar a presença de um efeito de interação entre os fatores *integrado religiosamente* na adolescência e a *integração na religião na vida adulta* no compósito multivariado das medidas de estado de saúde mental ($U_{1 \times 2} = 0,010$; $F = 2,895$; $p = 0,021$).

Também verificamos que a variável principal *religião na vida adulta*, de forma isolada, apresentara efeito estatisticamente significativo ($U_2 = 0,017$; $F = 4,949$; $p = 0,001$) sobre o compósito multivariado das medidas de estado de saúde mental. O mesmo não correu com o efeito principal isolado *integrado religiosamente* na adolescência ($U_1 = 0,006$; $F = 1,745$; $p = 0,138$).

No que diz respeito aos efeitos principais combinados, o recurso à Análise de Variância Fatorial (II fatores) revelou ser significativo ao nível do *índice função social* ($F_{(1;1149)} = 5,500$; $p = 0,019$; $\pi = 0,649$) apesar de uma potência de testes relativamente inferior aos valores recomendados pela literatura. No entanto realizamos a estimação da estatística de *teste dos contrastes para efeitos*

não balanceados neste índice. Tendo em conta o efeito combinado ao nível da *função social* verificamos a ausência de diferenças médias significativas entre os grupos de pessoas que indicaram terem estado integradas religiosamente no passado comparativamente às pessoas que não estiveram apesar de ambos os grupos no momento presente estarem integrados religiosamente ($\hat{\psi} = 3,011; F_{(1,1166)} = 2,619; p = 0,106; I.C. 95\% =] - 0,640; 6,661[$). O mesmo ocorreu em pessoas que atualmente não têm religião apesar de terem um histórico de integração, ou não, na religião ao nível da adolescência ($\hat{\psi} = -6,526; F_{(1,1166)} = 2,480; p = 0,116; I.C. 95\% =] - 14,655; 1,604[$).

Quanto ao efeito combinado, sobre o índice de *desempenho emocional* e com recurso a Análise de Variância Fatorial (II fatores), revelou ser estatisticamente significativo ($F_{(1,1149)} = 8,091; p = 0,005; \pi = 0,811$). Podemos afirmar que as pessoas que atualmente são religiosas e que já tinham na adolescência esta condição revelaram melhor desempenho emocional comparativamente às pessoas que são atualmente religiosas mas que não tinham um histórico de integração na adolescência ($\hat{\psi} = 7,198; F_{(1,1155)} = 14,597; p < 0,0001; I.C. 95\% =]3,502; 10,895[$). Porém, não se registaram diferenças médias nas pessoas que indicaram, no presente, não terem religião quer tenham ou não um histórico religioso na adolescência ($\hat{\psi} = -5,700; F_{(1,1155)} = 1,882; p = 0,170; I.C. 95\% =] - 13,851; 2,451[$).

Por fim, não se observou um efeito de interação ao nível dos índices *vitalidade* e de *bem-estar psicológico* em função dos grupos em estudo.

Quanto ao efeito principal isolado religião em adulto este só foi significativo ao nível do índice *saúde mental*. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 186: Comparações múltiplas ao nível da religião na adolescência em função das medidas de estado de saúde mentais

Medidas de Estado de Saúde Mentais	Religião (Adulto)	M(EP)	I.C. 95%	d_x	p-value ^(a)
Vitalidade	Sim	63,72(0,96)	61,83-65,61	-1,326	0,570
	Não	65,04(2,12)	60,88-69,21		
Função Social	Sim	81,01(0,94)	79,17-82,84	1,717	0,449
	Não	79,29(2,06)	75,24-83,34		
Desempenho Emocional	Sim	83,21(0,94)	81,36-85,05	-4,260	0,062
	Não	87,47(2,08)	83,39-91,54		
Saúde Mental	Sim	73,53(0,88)	71,80-75,25	-4,826	0,024
	Não	78,35(1,94)	74,54-82,16		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Com recurso ao *teste de comparações múltiplas ajustado Bonferroni*, podemos afirmar que as pessoas que atualmente autodeclaram ter uma religião apresentam significativamente pior bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que indicaram que não ter. Perfil semelhante ocorreu ao nível do índice de *desempenho emocional* e da *vitalidade* apesar de não ser significativa a diferença.

2.4.2.1.4 - ATIVIDADES DE LAZER

Propusemos de seguida avaliar se o número de atividades que os nossos habitantes indicaram realizar durante o período da adolescência teria impacto na perceção geral de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental, no presente. Constatamos, com recurso ao *coeficiente de correlação linear de Pearson* que as pessoas que participaram num maior número de atividades de lazer (ir ao cinema, praticar atividade física, festas entre colegas...) durante o período da adolescência demonstraram positivamente uma melhor perceção geral de saúde, quer ao nível físico ($r_{função\ física} = 0,440; n = 1069; p < 0,0001$; $r_{desempenho\ físico} = 0,317; n = 1076; p < 0,0001$; $r_{dor\ corporal} = 0,305; n = 1080; p < 0,0001$; $r_{saúde\ em\ geral} = 0,371; n = 1075; p < 0,0001$) quer ao nível mental ($r_{vitalidade} = 0,321; n = 1072; p < 0,0001$; $r_{função\ social} = 0,228; n = 1081; p < 0,0001$; $r_{desempenho\ emocional} = 0,242; n = 1075; p < 0,0001$; $r_{saúde\ mental} = 0,241; n = 1071; p < 0,0001$) , na vida adulta.

Procurámos, de seguida, segmentar o *número de atividades de lazer* para melhor compreender o impacto que as mesmas poderiam ter na perceção geral de saúde (físico e mental) nos habitantes do concelho de Coimbra na atualidade. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 186: Medidas de Estado de Saúde Física em função de atividades de lazer (adolescência)

Atividades de Lazer	FUNÇÃO FÍSICA		DESEMPENHO FÍSICO		DOR CORPORAL		SAÚDE GERAL	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
[1-3] Atividades	63,86±31,22 (66)	56,19-71,54	69,78±30,92 (67)	62,23-77,32	55,10±25,79 (68)	48,86-61,35	48,33±19,54 (67)	43,56-53,09
[3-5] Atividades	72,81±25,72 (192)	69,15-76,47	73,74±26,26 (193)	70,01-77,47	62,98±26,15 (197)	59,30-66,65	54,04±18,80 (195)	51,38-56,69
[5-7] Atividades	82,78±17,96 (256)	80,57-84,99	82,69±21,54 (258)	80,05-85,33	66,01±22,88 (260)	63,22-68,81	59,17±17,07 (259)	57,09-61,26
[7-9] Atividades	91,34±13,80 (555)	90,19-92,49	89,74±17,63 (558)	88,27-91,21	76,56±21,51 (555)	74,76-78,35	67,40±16,08 (554)	66,06-68,75
<i>p</i>	<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Brown-Forsythe.

Como podemos verificar segundo o quadro anterior, registaram-se diferenças médias estatisticamente significativas entre as classes de atividade de lazer em relação aos diferentes índices de saúde física ($p < 0,0001$).

Com recurso ao *teste de comparações múltiplas Games-Howell (G-H)*, os habitantes com 7 a 9 atividades de lazer autodeclaradas demonstraram melhores resultados de *função física* comparativamente às restantes classes de atividade ($d_{\bar{x}[5-7]} = 8,561; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}[3-5]} = 18,531; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}[1-3]} = 27,480; p < 0,0001$) . O mesmo padrão ocorrera com a classe de atividades de 5 a 7 exclusive ($d_{\bar{x}[3-5]} = 9,970; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}[1-3]} = 18,919; p < 0,0001$). No entanto, não se observaram diferenças entre a classe de atividades de lazer 3 a 5 exclusive face à classe de [1 a 3] ($d_{\bar{x}} = 8,948; p = 0,161$).

Ao nível do *desempenho físico* também constatamos que as pessoas que autodeclaram maior participação em atividades de lazer no período da adolescência demonstraram melhores resultados

neste índice comparativamente às pessoas com menor frequência. Essas diferenças, segundo o teste de comparações múltiplas G-H, foram mais evidentes na classe dos 7 a 9 atividades face às restantes ($d_{\bar{x}[5-7]} = 7,053; p < 0,0001; d_{\bar{x}[3-5]} = 16,003; p < 0,0001; d_{\bar{x}[1-3]} = 19,964; p < 0,0001$) .

Padrão semelhante ocorreu na classe de atividades de 5 a 7 exclusive ($d_{\bar{x}[3-5]} = 8,950; p = 0,001; d_{\bar{x}[1-3]} = 12,911; p = 0,010$) mas o mesmo já não ocorrera em habitantes que indicaram entre 3 a 5 atividades exclusive comparativamente às pessoas que indicaram 1 a 3 exclusive ($d_{\bar{x}} = 3,961; p = 0,785$). Ao nível da dor corporal também constatamos que o impacto desta era menor em pessoas que revelaram participar ativamente, no período de adolescência, em várias atividades de lazer: [7-9] atividades ($d_{\bar{x}[5-7]} = 10,545; p < 0,0001; d_{\bar{x}[3-5]} = 13,577; p < 0,0001; d_{\bar{x}[1-3]} = 21,454; p < 0,0001$). Padrão semelhante ocorreu em pessoas que estavam envolvidas na frequência de atividades de [5-7] face às pessoas com [1-3] ($d_{\bar{x}} = 10,909; p = 0,011$) mas não diferenciadora ao nível das pessoas na classe de atividades [3-5] ($d_{\bar{x}} = 3,031; p = 0,567$).

No que diz respeito à percepção geral de saúde também constatamos que as pessoas com maior envolvimento em atividades de lazer na sua adolescência [7-9] demonstraram, no presente, uma visão mais positiva da sua saúde quando comparadas com os restantes grupos de pessoas com menor participação de atividades: ($d_{\bar{x}[5-7]} = 8,231; p < 0,0001; d_{\bar{x}[3-5]} = 13,368; p < 0,0001; d_{\bar{x}[1-3]} = 19,076; p < 0,0001$). Também as pessoas que se encontravam na frequência de atividades de [5-7] demonstraram melhor percepção geral de saúde comparativamente aos restantes grupos: ($d_{\bar{x}[3-5]} = 5,138; p = 0,015; d_{\bar{x}[1-3]} = 10,845; p < 0,0001$). Porém, as pessoas que estiveram integradas em menor número de atividades [3-5] demonstraram uma percepção semelhante comparativamente às pessoas que indicaram uma classe de [1-3] ($d_{\bar{x}} = 5,708; p = 0,165$).

O quadro seguinte apresenta a relação entre as diferentes classes de frequência de atividades de lazer e as medidas de estado de saúde mental (MESM).

Quadro 187: Medidas de Estado de Saúde Mental em função de atividades de lazer (adolescência)

Atividades de Lazer	VITALIDADE		FUNÇÃO SOCIAL		DESEMPENHO EMOCIONAL		SAÚDE MENTAL	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
[1-3] Atividades	51,79±22,87 (67)	46,21-57,37	70,22±25,46 (68)	64,06-76,38	73,38±27,23 (67)	66,74-80,02	64,91±25,34 (66)	58,68-71,14
[3-5] Atividades	58,44±23,22 (194)	55,15-61,72	77,35±22,45 (197)	74,19-80,50	80,44±24,38 (193)	76,98-83,90	70,49±21,20 (194)	67,49-73,50
[5-7] Atividades	61,51±20,95 (258)	58,94-64,07	80,14±20,36 (260)	77,66-82,63	85,02±21,76 (257)	82,35-87,69	73,62±20,21 (258)	71,14-76,09
[7-9] Atividades	71,92±18,62 (553)	70,36-73,47	86,26±18,91 (556)	84,69-87,84	90,38±17,24 (558)	88,95-91,82	79,67±16,63 (553)	78,28-81,06
<i>p</i>	<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Teste: Brown-Forsythe.

Como podemos constatar, registaram-se, de forma geral, diferenças médias estatisticamente significativas ao nível dos índices de saúde mental entre as diferentes classes de frequências de atividades de lazer na adolescência.

Com recurso ao *teste de comparações múltiplas Games-Howell*, verificamos que as pessoas que apresentaram níveis mais elevados de *energia e vitalidade* na vida adulta apresentaram, durante o período da sua adolescência, maior frequência de atividades [7-9]: ($d_{\bar{x}[5-7]} = 10,415; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}[3-5]} = 13,483; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}[1-3]} = 20,129; p < 0,0001$), o mesmo ocorreu em pessoas que estavam envolvidas em [5-7] atividades comparativamente às pessoas com 1 a 2 atividades: ($d_{\bar{x}} = 9,714; p = 0,011$), mas não diferenciadora nas pessoas com 3 a 4 atividades ($d_{\bar{x}} = 3,069; p = 0,469$). Nem estas com as pessoas que indicaram ter entre 1 a 2 atividades ($d_{\bar{x}} = 6,645; p = 0,179$).

Quanto à *função social* esta estava significativamente mais aumentada no momento presente em pessoas que durante o período de adolescência desenvolveram entre 7 a 9 atividades de lazer comparativamente às restantes classes: ($d_{\bar{x}[5-7]} = 6,119; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}[3-5]} = 8,916; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}[1-3]} = 16,043; p < 0,0001$). Também as pessoas envolvidas entre 5 a 6 atividades inclusive no período da adolescência demonstraram melhores resultados no presente comparativamente às pessoas que indicaram só ter estado envolvidas entre 1 a 2 atividades ($d_{\bar{x}} = 9,924; p = 0,019$). No entanto, as pessoas que indicaram realizar 3 a 4 atividades de lazer na sua adolescência não se diferenciaram no presente quanto a pessoas que indicaram realizar 5 a 6 ($p=0,517$) e 1 a 2 atividades ($p=0,177$).

Ao nível do *desempenho emocional* também constatamos o mesmo padrão que se observara ao nível do índice *função social*. As pessoas mais ativas em diversas atividades de lazer na adolescência demonstraram melhores resultados no presente ao nível do desempenho emocional: [7-9] ($d_{\bar{x}[5-7]} = 5,363; p = 0,003$; $d_{\bar{x}[3-5]} = 9,942; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}[1-3]} = 16,999; p < 0,0001$) ; [5-7] ($d_{\bar{x}[1-3]} = 11,636; p = 0,009$). Os restantes grupos revelaram um padrão homogéneo neste índice.

Por fim, ao nível da *saúde mental*, as pessoas que apresentaram melhor bem-estar psicológico no presente também foram as mesmas que tinham uma atividade de lazer elevada no período da adolescência: [7-9] ($d_{\bar{x}[5-7]} = 6,053; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}[3-5]} = 9,174; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}[1-3]} = 14,760; p < 0,0001$); [5-7] ($d_{\bar{x}[1-3]} = 8,707; p = 0,054$). No entanto, as pessoas que indicaram ter entre 3 a 4 atividades de lazer na sua adolescência revelaram ter no presente um padrão semelhante de bem-estar psicológico com as pessoas que indicaram 1 a 2 ($p=0,378$) e 5 a 6 ($p=0,391$) atividades.

2.4.2.1.5 - ATIVIDADES SOCIO-RECREATIVAS

Procurámos, de seguida, compreender se a participação em associações e entidades recreativas e socioculturais na adolescência poderiam ter impacto na percepção de estado saúde em geral no presente, quer ao nível físico quer ao nível mental. Vejamos os quadros seguintes:

Quadro 188: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em função da participação em Associações na adolescência

ESTADO DE SAÚDE	PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS SOCIAIS/RECREATIVOS				p
	NÃO		SIM		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	83,21±21,97 (867)	81,74-84,67	87,89±16,28 (330)	86,13-89,66	<0,0001
DESEMPENHO FÍSICO	83,28±23,33 (871)	81,73-84,83	86,28±19,69 (333)	84,16-88,40	0,025
DOR CORPORAL	69,56±24,02 (878)	67,97-71,16	72,13±24,33 (333)	69,51-74,75	0,099
SAÚDE EM GERAL	60,73±17,85 (875)	59,55-61,92	64,50±18,05 (330)	62,55-66,45	0,001
VITALIDADE	65,37±22,45 (871)	63,88-66,87	66,44±19,01 (331)	64,38-68,50	0,409
FUNÇÃO SOCIAL	82,50±21,26 (878)	81,09-83,91	81,70±20,08 (334)	79,54-83,86	0,551
DESEMPENHO EMOCIONAL	86,29±21,34 (869)	84,87-87,71	86,24±20,13 (333)	84,07-88,41	0,970
SAÚDE MENTAL	75,37±19,85 (871)	74,05-76,68	76,40±18,99 (330)	74,35-78,46	0,413

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes.

À exceção das medidas de *saúde mental* e *dor corporal*, constataram-se diferenças médias significativas de percepção de estado de saúde física em função da participação em associações e entidades recreativas no período da adolescência. Segundo o quadro anterior, as pessoas que manifestaram uma participação ativa em entidades socioculturais apresentaram melhores resultados de saúde na atualidade quer ao nível da função e desempenho físico quer ao nível da saúde em geral comparativamente às pessoas que indicaram nunca terem participado.

356

Procuramos de seguida compreender se o número de participações em entidades socio-recreativas na adolescência teria impacto na percepção geral de saúde ao nível físico e mental na atualidade. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 189: Medidas de Estado de Saúde Física em função da frequência de atividades de lazer na adolescência

Participação em entidades socio-recreativas	FUNÇÃO FÍSICA		DESEMPENHO FÍSICO		DOR CORPORAL		SAÚDE GERAL	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
Nenhuma Entidade	83,21±21,97 (867)	81,74-84,67	83,28±23,33 (871)	81,73-84,83	69,56±24,02 (878)	67,97-71,16	60,73±17,85 (875)	59,55-61,92
1 Entidade	88,84±14,65 (212)	86,86-90,83	87,71±18,97 (213)	85,14-90,27	71,72±24,51 (213)	68,41-75,03	64,70±18,13 (210)	62,23-67,16
2 Entidades	85,87±17,63 (86)	82,09-89,65	83,28±20,53 (86)	78,88-87,69	73,02±24,56 (86)	67,76-78,29	65,15±17,45 (86)	61,41-68,89
≥3 Entidades	87,03±21,92 (32)	79,13-94,93	84,93±21,55 (34)	77,41-92,44	72,44±23,29 (34)	64,32-80,57	61,65±19,27 (34)	54,92-68,37
p	0,044		0,149		0,386		0,033	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Kruskal-Wallis.

Como podemos constatar, só se registaram diferenças significativas de percepção geral de saúde entre a frequência de participação em associações socio-recreativas ao nível da função física e saúde em geral (p<0,05).

Ao nível da *função física*, segundo o teste de comparações múltiplas não paramétrico Dunn, as pessoas que indicaram participar em pelo menos numa organização socio-recreativa

demonstraram, no presente, melhor condição de saúde face às pessoas que nunca participaram ($Z=-2,600;p=0,05$). No entanto, as pessoas que indicaram ter uma ou mais participações em associações deste tipo demonstraram um perfil de saúde semelhante ($p>0,05$).

Quanto ao índice de *saúde em geral* também constatamos que as pessoas que indicaram ter participado no passado em organizações sociais e recreativas também apresentaram melhor percepção de saúde comparativamente às pessoas que indicaram nunca ter participado em organizações desta natureza ($Z=-2,419;p=0,016$). Quanto aos restantes grupos de pessoas que participaram em organizações desta natureza demonstraram um perfil de saúde em geral semelhante.

Ao nível das medidas de estado de saúde mental, vejamos o quadro seguinte:

Quadro 190: Medidas de Estado de Saúde Mental em função da frequência de atividades de lazer na adolescência

participação em entidades socio-recreativas	VITALIDADE		FUNÇÃO SOCIAL		DESEMPENHO EMOCIONAL		SAÚDE MENTAL	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
Nenhuma Entidade	65,37±22,45 (871)	63,88-66,87	82,50±21,26 (878)	81,09-83,91	86,29±21,34 (869)	84,87-87,71	75,37±19,85 (871)	74,05-76,68
1 Entidade	66,93±19,14 (211)	64,33-69,52	82,65±19,77 (214)	79,99-85,32	87,09±19,78 (213)	84,42-89,76	76,90±19,00 (211)	74,32-79,47
2 Entidades	63,20±19,05 (86)	59,11-67,28	77,91±20,71 (86)	73,47-82,35	84,11±20,36 (86)	79,74-88,47	74,23±19,15 (86)	70,13-78,34
≥3 Entidades	71,62±17,13 (34)	65,64-77,60	85,29±19,58 (34)	78,46-92,12	86,27±21,89 (34)	78,64-93,91	78,91±18,55 (33)	72,33-85,49
<i>p</i>	0,194		0,084		0,619		0,451	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Kruskal-Wallis.

Como podemos observar no quadro anterior, não se registaram diferenças significativas de percepção geral de saúde ao nível mental em função da frequência de participação em associações socio-recreativas ($p>0,05$).

No entanto, de forma descritiva, constatamos que as pessoas que participaram ativamente ao longo do período da adolescência em três ou mais entidades socio-recreativas apresentavam, no momento presente, maior vitalidade, função social e bem-estar psicológico comparativamente às restantes classes de frequência de participação.

Procuramos de seguida avaliar o tipo de participação que cada habitante teve no período da adolescência ao nível das organizações socio-recreativas e sua relação com a perceção geral de saúde em geral. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 191: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em função do tipo de participante em organizações socio-recreativas na adolescência

ESTADO DE SAÚDE	Tipo de Participante					
	Participante/Militante		Líder/Dirigente		Participante/Líder	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
FUNÇÃO FÍSICA (p=0,491)	88,68±15,25 (231)	86,70-90,66	86,61±16,61 (28)	80,16-93,05	79,78±26,39 (23)	68,37-91,20
DESEMPENHO FÍSICO (p=0,552)	86,67±19,14 (233)	84,20-89,14	85,49±25,97 (28)	75,42-95,56	82,34±24,83 (23)	71,60-93,08
DOR CORPORAL (p=0,149)	71,82±24,20 (232)	68,69-74,95	78,11±23,19 (28)	69,11-87,10	63,26±29,44 (23)	50,53-75,99
SAÚDE GERAL (p=0,543)	64,73±18,06 (230)	62,38-67,07	64,25±18,73 (28)	56,99-71,51	59,22±20,25 (23)	50,46-67,97
VITALIDADE (p=0,555)	66,70±19,10 (231)	64,22-69,17	66,96±22,21 (28)	58,35-75,58	61,09±20,72 (23)	52,13-70,05
FUNÇÃO SOCIAL (p=0,093)	81,12±20,01 (233)	78,53-83,70	87,05±17,17 (28)	80,39-93,71	72,83±25,74 (23)	61,69-83,96
DESEMPENHO EMOCIONAL (p=0,475)	86,30±19,32 (233)	83,81-88,80	88,99±22,91 (28)	80,10-97,87	83,33±25,25 (23)	72,41-94,25
SAÚDE MENTAL (p=0,232)	76,78±19,08 (230)	74,30-79,26	80,43±17,57 (28)	73,62-87,24	70,43±23,53 (23)	60,26-80,61

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média.
Teste: Kruskal-Wallis.

Como podemos constatar não se observaram diferenças significativas entre os vários índices de estado de saúde em função do tipo de papel que cada habitante desempenhara no período da adolescência ao nível das organizações socio-recreativas.

Podemos, no entanto, verificar que, em média, ao nível das medidas de estado de saúde físicas as pessoas que indicaram ter um papel de participante ou militante nas organizações socio-recreativas apresentam melhores índices de *função e desempenho físico* comparativamente aos restantes grupos. No entanto, ao nível do impacto da *dor corporal* na rotina diária, esta revelou ser menor nas pessoas que indicaram ter unicamente um tipo de participação de líder/dirigente. Ao nível da saúde em geral, os níveis de perceção revelaram ser relativamente semelhantes à exceção das pessoas que indicaram ter tido as duas opções.

Quanto aos índices de saúde mental constatamos que as pessoas que só assumiram uma participação de líder ou dirigente nas organizações socio-recreativas demonstraram ter, no momento presente, uma função social e um desempenho emocional e bem-estar psicológico melhor comparativamente aos restantes grupos de estudo.

2.4.2.1.6 - ATIVIDADES LABORAIS, DOMÉSTICAS E ESCOLARES

Procuramos de seguida compreender o tipo de participação em atividades laborais e atividades de âmbito doméstico que os nossos habitantes desenvolveram no período da adolescência e que de certa forma tenham impacto na sua perceção de saúde no presente.

O quadro seguinte irá apresentar os diferentes índices de medida de estado de saúde (física e mental) em função da participação em atividades laborais.

Quadro 192: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em função da atividade laboral na adolescência

ESTADO DE SAÚDE	TIPO DE PARTICIPAÇÃO				p
	SIM		NÃO		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	82,24±22,09 (620)	80,50-83,98	87,07±18,94 (546)	85,48-88,66	<0,0001
DESEMPENHO FÍSICO	82,73±23,55 (622)	80,87-84,58	85,88±20,82 (551)	84,14-87,62	0,015
DOR CORPORAL	68,97±23,54 (628)	67,13-70,82	72,23±24,50 (552)	70,18-74,28	0,020
SAÚDE EM GERAL	59,79±18,00 (624)	58,37-61,20	64,05±17,68 (551)	62,57-65,53	<0,0001
VITALIDADE	64,99±22,11 (623)	63,25-66,73	67,03±20,54 (548)	65,31-68,75	0,103
FUNÇÃO SOCIAL	82,17±21,27 (628)	80,50-83,83	82,89±20,33 (553)	81,19-84,59	0,552
DESEMPENHO EMOCIONAL	86,31±21,23 (621)	84,64-87,99	86,73±20,45 (550)	85,01-88,44	0,734
SAÚDE MENTAL	76,28±19,46 (622)	74,75-77,81	75,44±19,37 (548)	73,81-77,06	0,460

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes.

Ao nível das medidas de estado de saúde físico as pessoas que revelaram ter iniciado na adolescência a sua atividade laboral demonstraram uma perceção de saúde significativamente mais diminuída comparativamente às pessoas que não o fizeram. No que diz respeito às medidas de estado de saúde mental verificou-se um padrão médio semelhante entre os habitantes que indicaram ou não ter trabalhado nesse período de vida ($p > 0,05$).

Das pessoas que indicaram ter desenvolvido atividade laboral na adolescência, procurámos, de seguida, compreender o seu impacto na perceção geral de saúde (física e mental) em relação à fase da idade em que se dera essa participação. Vejamos o quadro seguinte no que diz respeito às medidas de saúde físicas.

Quadro 193: Medidas de Estado de Saúde Física em função da idade de início de atividade laboral na adolescência

Início de idade laboral	FUNÇÃO FÍSICA		DESEMPENHO FÍSICO		DOR CORPORAL		SAÚDE GERAL	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
< 13 anos	72,70±27,23 (183)	68,73-76,68	73,59±27,62 (186)	69,59-77,58	62,82±24,64 (186)	59,25-66,38	53,15±19,55 (186)	50,32-55,98
[13-16] anos	83,46±18,96 (193)	80,77-86,15	84,96±21,03 (192)	81,97-87,95	68,86±23,05 (196)	65,62-72,11	58,79±15,92 (194)	56,53-61,04
=> 16 anos	89,79±16,40 (211)	87,56-92,01	88,48±19,71 (211)	85,80-91,15	74,97±21,62 (213)	72,05-77,89	66,36±16,40 (211)	64,13-68,58
p	<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Brown-Forsythe.

Constatamos a presença de diferenças estatisticamente significativas de perceção de saúde nos diferentes índices em função da idade (classes) que os habitantes autodeclaram. Com recurso ao teste de comparações múltiplas G-H, verificamos que as pessoas que iniciaram atividades do tipo laboral antes dos 13 anos de idade manifestaram pior condição de saúde ao nível da função física

face aos restantes grupos de idades: ($d_{\bar{x}}_{[13-16]anos} = -10,753; p < 0,0001; d_{\bar{x}}_{\geq 16 anos} = -17,082; p < 0,0001$). Também verificamos que as pessoas que iniciaram a atividade laboral entre os 13 anos e os 15 anos inclusive revelaram de forma significativa pior condição de saúde ao nível da *função física* comparativamente às pessoas que iniciaram mais tarde essas mesmas atividades: ($d_{\bar{x}}_{\geq 16 anos} = -6,329; p = 0,001$).

Quanto ao *índice de desempenho físico*, segundo o *teste de comparações múltiplas G-H*, podemos constatar que as pessoas que iniciaram a atividade laboral com menos de 13 anos de idade apresentaram menor *desempenho físico* comparativamente às pessoas que iniciaram a atividade entre os 13 e os 15 anos ($d_{\bar{x}} = -11,372; p < 0,0001$) bem como os habitantes com 16 ou mais anos ($d_{\bar{x}} = -14,889; p < 0,0001$). Não se registaram diferenças médias entre estes dois últimos grupos de idade ($d_{\bar{x}} = -3,517; p = 0,196$).

No que diz respeito à percepção da *dor corporal* na rotina diária dos habitantes e sua relação com a idade de início de atividade laboral no período da adolescência, verificamos, segundo o *teste comparações múltiplas G-H*, que as pessoas que iniciaram ainda a sua atividade laboral com menos de 13 anos demonstraram sofrer significativamente de maior impacto da dor na atualidade comparativamente aos restantes grupos de idades: ($d_{\bar{x}}_{[13-16]anos} = -6,045; p = 0,037; d_{\bar{x}}_{\geq 16 anos} = -12,155; p < 0,0001$). Também os habitantes que iniciaram a sua atividade entre os 13 e os 15 anos de idade revelaram maior impacto da dor comparativamente às pessoas que iniciaram aos 16 anos ou mais tarde ($d_{\bar{x}} = -6,110; p = 0,017$).

Quanto à percepção de *saúde em geral*, segundo o *teste comparações múltiplas G-H*, a mesma estava significativamente mais diminuída nas pessoas que iniciaram a sua atividade ainda com menos de 13 anos face a grupos de idades mais avançados: ($d_{\bar{x}}_{[13-16]anos} = -5,638; p = 0,006; d_{\bar{x}}_{\geq 16 anos} = -13,205; p < 0,0001$). O mesmo padrão ocorrera entre as idades dos 13 aos 15 anos comparativamente às pessoas que iniciaram com 16 ou mais anos ($d_{\bar{x}} = -7,567; p < 0,0001$).

No que diz respeito às medidas de estado de saúde mental vejamos o quadro seguinte:

Quadro 194: Medidas de Estado de Saúde Mental em função da idade de início de atividade laboral na adolescência

Início de idade laboral	VITALIDADE		FUNÇÃO SOCIAL		DESEMPENHO EMOCIONAL		SAÚDE MENTAL	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
< 13 anos	60,68±23,39 (185)	57,28-64,07	76,88±24,17 (186)	73,39-80,38	81,89±24,21 (185)	78,38-85,40	73,14±21,58 (184)	70,00-76,28
[13-16] anos	61,89±20,86 (193)	58,93-64,85	82,14±19,49 (196)	79,40-84,89	87,46±20,38 (192)	84,56-90,36	76,02±17,95 (193)	73,47-78,57
=> 16 anos	71,49±20,93 (212)	68,65-74,32	86,80±19,18 (213)	84,20-89,39	89,61±18,54 (211)	87,10-92,13	79,47±18,55 (212)	76,96-81,98
<i>p</i>	<0,0001		<0,0001		0,001		0,006	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Análise da Variância a um fator; Brown-Forsythe.

Também verificamos uma variabilidade média significativa dos índices de saúde mental em função da idade de início de atividade laboral. No que diz respeito ao indicador de *energia*

(vitalidade), segundo o teste comparações múltiplas Tukey HSD, constatamos que as pessoas que iniciaram a atividade laboral a partir dos 16 anos ou mais durante a adolescência demonstraram melhores resultados deste índice na atualidade comparativamente aos restantes grupos de idade de início: ($d_{\bar{x} < 13 \text{ anos}} = 10,810; p < 0,0001$; $d_{\bar{x} [13-16] \text{ anos}} = 9,595; p < 0,0001$). No entanto não se registaram diferenças médias entre as pessoas que indicaram iniciar aos 13 anos e os 15 anos comparativamente às pessoas com menos de 13 anos no início de atividade laboral ($d_{\bar{x}} = 1,216; p = 0,850$).

Ao nível da função social, segundo o teste comparações múltiplas G-H, constatamos mais uma vez que as pessoas que iniciaram a atividade laboral mais tarde ≥ 16 anos de idade demonstraram uma melhor perceção de função social comparativamente às pessoas que iniciaram com menos de 13 anos ($d_{\bar{x}} = 9,914; p < 0,0001$) bem como as que iniciaram com 13 a 15 anos inclusive ($d_{\bar{x}} = 4,653; p = 0,041$), à exceção das pessoas que iniciaram entre os 13 e os 15 anos ($d_{\bar{x}} = 4,653; p = 0,073$). As pessoas que iniciaram a sua atividade laboral aos 13 e 15 anos também apresentaram melhor função social comparativamente às pessoas com idade < 13 anos ($d_{\bar{x}} = 5,261; p = 0,052$).

No que diz respeito ao índice desempenho emocional verificamos, com recurso ao teste de comparações múltiplas G-H, que se registara uma relativa homogeneidade deste indicador entre as pessoas que iniciaram atividade laboral entre os 16 anos ou mais comparativamente às pessoas que iniciaram com 13 e 15 anos de idade ($d_{\bar{x}} = 2,156; p = 0,510$). Mas as pessoas que indicaram ter iniciado com menos de 13 revelaram pior desempenho emocional comparativamente às pessoas que teriam iniciado com 13 e os 15 anos ($d_{\bar{x}} = -5,565; p = 0,043$) ou que tivessem iniciado com 16 anos ou mais ($d_{\bar{x}} = -7,721; p = 0,001$).

No que diz respeito ao indicador saúde mental, verificamos com recurso ao teste comparações múltiplas G-H, que as pessoas que iniciaram a atividade laboral mais precocemente, isto é com menos de 13 anos de idade revelaram níveis de bem-estar psicológico significativamente inferiores, no momento atual da sua vida, comparativamente às pessoas que se iniciaram a trabalhar com 16 anos ou mais ($d_{\bar{x}} = -6,326; p = 0,006$). No entanto, não se registaram diferenças médias significativas deste mesmo indicador no presente entre os restantes grupos de idades de início de atividade laboral ($p > 0,05$).

Propusemos avaliar se as pessoas que indicaram ter exercido uma atividade laboral na adolescência identificavam o tipo de participação que despendiam (integral ou sazonal) e como poderia ter relação com a perceção de estado de saúde na atualidade.

Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 195: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em função da atividade laboral na adolescência

ESTADO DE SAÚDE	TEMPO DE PARTICIPAÇÃO				p
	INTEGRAL		SAZONAL		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	79,26±23,23 (364)	76,87-81,65	86,29±19,98 (241)	83,76-88,83	<0,0001
DESEMPENHO FÍSICO	80,29±23,93 (366)	77,83-82,75	86,26±22,79 (241)	83,36-89,15	<0,0001
DOR CORPORAL	66,33±23,00 (371)	63,98-68,68	73,38±23,73 (241)	70,37-76,39	<0,0001
SAÚDE EM GERAL	56,88±17,87 (367)	55,04-58,71	64,37±17,34 (241)	62,17-66,57	<0,0001
VITALIDADE	62,06±21,51 (367)	59,85-64,27	69,38±22,16 (241)	66,57-72,19	<0,0001
FUNÇÃO SOCIAL	80,96±20,80 (371)	78,84-83,09	83,77±21,90 (241)	80,99-86,54	0,017
DESEMPENHO EMOCIONAL	84,22±22,49 (365)	81,91-86,54	89,49±18,81 (241)	87,10-91,87	0,002
SAÚDE MENTAL	74,35±19,67 (366)	72,33-76,37	79,49±18,68 (241)	77,11-81,86	<0,0001

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes; Wilcoxon-Mann-Whitney.

Verificamos que as pessoas que indicaram trabalhar num período de tempo integral durante a adolescência demonstraram significativamente pior perceção de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental no momento atual da vida adulta comparativamente às pessoas que indicaram ter trabalhado nesse período da vida de forma sazonal.

Com base nos indicadores anteriores procuramos avaliar a perceção geral de saúde, quer ao nível físico quer mental, em relação às pessoas que indicaram ter desenvolvida uma *atividade laboral do tipo sazonal ou integral* na adolescência em função da *idade em que iniciara* essa mesma atividade (classes).

362

Face ao exposto, propusemos compreender, de forma multivariada, o contributo do efeito combinado das variáveis explicativas (independentes) bem como de forma isolada destes na variação da perceção geral do estado de saúde ao nível físico. O quadro seguinte apresenta o *design* fatorial (efeitos combinados e efeitos principais) para posterior aplicação da estatística multivariada.

Quadro 196: *Design* fatorial do tipo de atividade laboral na adolescência e a idade de início de atividade laboral ao nível das medidas de estado de saúde física.

Índices de Saúde	Tipo de Atividade	Idade de Início da Atividade Laboral			Total
		< 13 anos	[13-16] anos	≥ 16 anos	
		M±DP	M±DP	M±DP	M±DP
Função Física	Integral	68,42±27,66	82,86±18,93	87,24±18,16	79,45±23,24
	Sazonal	79,04±25,96	85,03±19,69	94,80±7,49	87,56±19,27
	Total	72,46±27,44	83,48±19,13	91,04±14,34	82,62±22,11
Desempenho Físico	Integral	71,49±27,12	84,75±19,73	83,65±23,35	80,08±24,10
	Sazonal	76,01±28,72	86,00±24,13	96,52±7,60	87,56±22,33
	Total	73,18±27,74	85,11±21,03	90,02±18,55	82,97±23,69
Dor Corporal	Integral	60,96±24,94	68,36±21,04	69,65±22,30	66,34±22,97
	Sazonal	66,75±24,08	69,41±27,70	80,48±19,40	73,76±23,76
	Total	63,13±24,72	68,65±23,05	75,20±21,51	69,26±23,55
Saúde em Geral	Integral	51,21±19,12	57,78±15,87	61,71±17,65	56,74±17,94
	Sazonal	56,82±20,00	61,63±15,86	71,30±13,19	64,63±17,29
	Total	53,31±19,59	58,88±15,92	66,62±16,22	59,85±18,09

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão.

No que diz respeito aos efeitos combinados, constatamos que nas diferentes classes de idade de início de atividade laboral as pessoas que indicaram que no período da adolescência realizaram uma atividade laboral de forma sazonal apresentaram, no momento presente, uma melhor percepção de saúde comparativamente às pessoas que nesse mesmo período de vida realizaram uma atividade laboral a tempo integral. Ao nível do efeito principal do tipo de atividade laboral, os valores médios marginais de percepção de saúde física foram superiores em pessoas que indicaram ter realizado uma atividade laboral sazonal comparativamente às pessoas que indicaram ter tido uma atividade laboral a tempo integral e que já foram confirmadas anteriormente.

Quanto ao efeito principal idade de início da atividade laboral, constatamos que as pessoas que ingressaram mais tarde no período da adolescência no mercado de trabalho revelaram, em média, uma percepção de saúde, no momento presente, mais positiva do que as pessoas que ingressaram entre os 13 e os 15 anos ou menos idade e que foi ao encontro dos resultados anteriormente apresentados na estatística univariada.

Face ao exposto, e com recurso à análise de variância multivariada, procuramos avaliar o efeito dos fatores (*atividade laboral do tipo sazonal e integral na adolescência em função da idade em que iniciara a atividade laboral*) sobre um compósito da função e desempenho físico, dor corporal e saúde em geral. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 197: Análise de Variância Multivariada da Idade de Início de atividade laboral e o tipo de atividade sobre as Medidas de Estado de Saúde Físicas.

Multivariate Tests								
	<i>Efeitos Principais e Moderação</i>	<i>Traço de Pillay (U)</i>	<i>Maior Raiz de Roy (λ_1)</i>	<i>p (U)</i>	<i>p (λ_1)</i>	$\eta_p^2 (U)$	$\eta_p^2 (\lambda_1)$	$\pi^{(a)}$
	1)	0,042	0,044	<0,0001	<0,0001	0,042	0,042	0,985
	2)	0,145	0,152	<0,0001	<0,0001	0,073	0,136	1,000
	1 × 2	0,028	0,021	0,053	0,022	0,014	0,021	0,808
	<i>Intercept</i>	0,948	18,203	<0,0001	<0,0001	0,948	0,948	1,000
Test of Between-Subjects Effects								
Efeitos Principais:	<i>Variáveis Dependentes</i>	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p	
Tipo de Atividade Laboral	Função Física	6572,091	424,340	1	548	15,488	<0,0001	
	Desempenho Físico	4716,119	497,903	1	548	9,472	0,002	
	Dor Corporal	6137,367	491,533	1	548	12,486	<0,0001	
	Saúde em Geral	5862,396	280,960	1	548	20,866	<0,0001	
Idade de Início de Atividade Laboral	Função Física	14159,257	424,340	2	548	33,368	<0,0001	
	Desempenho Físico	13628,162	497,903	2	548	27,371	<0,0001	
	Dor Corporal	8450,771	491,533	2	548	17,193	<0,0001	
	Saúde em Geral	8552,875	280,960	2	548	30,442	<0,0001	
Efeitos Interação	<i>Variáveis Dependentes</i>	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	P	
Tipo de atividade × Idade de início de atividade laboral	Função Física	758,070	424,340	2	548	1,786	0,169	
	Desempenho Físico	1373,683	497,903	2	548	2,759	0,064	
	Dor Corporal	1845,850	491,533	2	548	3,755	0,024	
	Saúde em Geral	628,002	280,960	2	548	2,235	0,108	
	<i>Modelo Corrigido (FF)</i>	8347,062	424,340	5	548	19,671	<0,0001	
	<i>Modelo Corrigido (DF)</i>	7569,369	497,903	5	548	15,203	<0,0001	
	<i>Modelo Corrigido (DC)</i>	5863,445	491,533	5	548	11,929	<0,0001	
	<i>Modelo Corrigido (SG)</i>	5344,482	280,960	5	548	19,022	<0,0001	

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Tipo de atividade laboral (tempo); 2) Idade em que iniciara a atividade laboral. 1 × 2: Efeito de interação entre os efeitos principais.

Podemos constatar um efeito de interação marginalmente significativo entre os fatores *tipo de atividade laboral* e *idade* de início da mesma no compósito multivariado das medidas de estado de saúde ($U_{1 \times 2} = 0,028; F = 1,922; p = 0,053$). Porém, numa linha menos conservadora na avaliação do efeito de interação sobre o compósito multivariado, segundo a estatística de *Maior Raiz de Roy* podemos afirmar que os efeitos combinados são estatisticamente significativos ($\lambda_{1 \times 2} = 0,021; F = 2,876; p = 0,022$).

Quanto aos efeitos principais isolados, estes, segundo a estatística de *Traço de Pillay*, demonstraram efeitos significativos sobre o compósito de índices de estado de saúde ($U_{\text{tipo de atividade}} = 0,042; F = 5,990; p < 0,0001; U_{\text{idade de início}} = 0,145; F = 10,698; p < 0,0001$).

Para avaliarmos os efeitos multivariados significativos nos fatores, quer por interação quer isoladamente, recorreremos às análises de variâncias fatoriais para cada uma das variáveis dependentes das Medidas de Estado de Saúde Físicas (MESF).

Quanto ao *efeito de interação* entre os efeitos principais, não se observaram diferenças médias significativas ao nível dos índices de função física ($F_{(2;548)} = 1,786; p = 0,169; \pi = 0,374$) e saúde em geral ($F_{(2;548)} = 2,235; p = 0,108; \pi = 0,456$). No entanto, constatamos um *efeito de interação* estatisticamente significativos com impacto no índice dor corporal ($F_{(2;548)} = 3,755; p = 0,024; \pi = 0,700$) e marginalmente significativo ao nível do desempenho físico ($F_{(2;548)} = 2,759; p = 0,064; \pi = 0,544$).

364

Para avaliar as diferenças entre o tipo de atividade (integral ou sazonal) em função da idade de início de atividade recorreremos aos *testes de contraste para efeitos não balanceados* nos índices *dor corporal* e *desempenho físico*.

Tendo em conta o efeito combinado ao nível da *dor corporal* constatamos a presença de diferenças médias marginalmente significativas entre os grupos de pessoas que indicaram ter tido uma atividade laboral a tempo integral comparativamente às pessoas que tiveram uma atividade sazonal apesar de ambos os grupos se terem iniciado a trabalhar com menos de 13 anos ($\hat{\psi} = -5,785; F_{(1;574)} = 2,734; p = 0,099; I.C. 95\% =] - 12,675; 1,087[$). As pessoas que nesta fase da idade de início, ingressaram no mercado de trabalho mas que a mesma foi do tipo integral apresentaram menor condição de saúde neste índice comparativamente às pessoas que realizaram uma atividade laboral sazonal.

Porém, não se registaram diferenças médias de impacto da dor no presente quer entre as pessoas que indicaram terem tido uma atividade laboral do tipo integral comparativamente às pessoas com uma atividade sazonal no período da adolescência quando ambos os grupos tinham entre 13 e 15 anos de idade ($\hat{\psi} = -1,05; F_{(1;574)} = 0,082; p = 0,775; I.C. 95\% =] - 8,256; 6,157[$). Quanto às pessoas que indicaram terem iniciado a sua atividade laboral no período da adolescência mas com idades

iguais ou superiores a 16 anos, verificamos a presença de diferenças médias estatisticamente significativas entre as pessoas que tiveram uma atividade laboral de tempo integral comparativamente às pessoas que tiveram uma atividade sazonal. As pessoas que iniciaram a atividade laboral de forma integral apresentaram, na atualidade, maior impacto da dor no seu cotidiano comparativamente às pessoas que indicaram terem iniciado de forma sazonal ($\hat{\psi} = -10,828; F_{(1,574)} = 11,629; p = 0,001; I.C. 95\% =] - 17,064; -4,591[$).

Quanto ao índice *desempenho físico*, não se registaram diferenças médias significativas entre as pessoas que indicaram terem tido uma atividade laboral do tipo integral ou sazonal quando às que teriam iniciado a atividade com menos de 13 anos ($\hat{\psi} = -4,520; F_{(1,560)} = 1,740; p = 0,188; I.C. 95\% =] - 11,249; 2,210[$) ou entre os 13 e os 15 anos inclusive ($\hat{\psi} = -1,247; F_{(1,560)} = 0,120; p = 0,729; I.C. 95\% =] - 8,327; 5,832[$). Porém, registamos diferenças médias estatisticamente significativas entre os grupos do tipo de atividade laboral quando todos iniciaram aos 16 anos de idade ou mais. As pessoas que indicaram ter tido um trabalho do tipo integral apresentaram pior condição física ao nível do desempenho comparativamente às pessoas que tiveram um trabalho do tipo sazonal ($\hat{\psi} = -12,872; F_{(1,560)} = 16,236; p = < 0,0001; I.C. 95\% =] - 19,146; -6,597[$).

Quanto ao efeito isolado principal “*tipo de atividade laboral*” verificamos um efeito estatisticamente significativo em todos os índices de saúde (*Função Física*: $F_{(1,548)} = 15,488; p < 0,0001; \pi = 0,975$; *Desempenho físico*: $F_{(1,548)} = 9,472; p = 0,002; \pi = 0,867$; *Dor corporal*: $F_{(1,548)} = 12,486; p < 0,0001; \pi = 0,941$; *Saúde em Geral*: $F_{(1,548)} = 20,866; p < 0,0001; \pi = 0,995$). Com recurso ao teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*, procuramos verificar as diferenças entre os grupos em estudo. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 198: Comparações múltiplas do tipo de atividade laboral em função das medidas de estado de saúde físicas

Medidas de Estado de Saúde Física	Tipo de Atividade Laboral	M(EP)	I.C. 95%	d_x	p-value ^(a)
Função Física	Integral	79,46(1,13)	77,25-81,68	-7,206	<0,0001
	Sazonal	86,67(1,44)	83,83-89,51		
Desempenho Físico	Integral	80,25(1,22)	77,85-82,64	-6,104	0,002
	Sazonal	86,35(1,56)	83,28-89,42		
Dor Corporal	Integral	66,53(1,21)	64,15-68,91	-6,963	<0,0001
	Sazonal	73,49(1,55)	70,44-76,54		
Saúde em Geral	Integral	57,09(0,92)	55,29-58,89	-6,805	<0,0001
	Sazonal	63,90(1,17)	61,59-66,21		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Como podemos comprovar com os resultados anteriormente apresentados as pessoas que indicaram ter uma atividade laboral do tipo sazonal no período da adolescência tendem a apresentar de forma significativa uma melhor condição de saúde ao nível das várias medidas de saúde no momento presente comparativamente às que tiveram uma atividade laboral de tempo integral na sua adolescência.

Por fim, no efeito isolado principal “*idade de início de atividade laboral*” também constatamos, segundo a Análise de Variância Fatorial um efeito estatisticamente significativo em todos os índices de saúde (*Função Física*: $F_{(2;548)} = 33,368; p < 0,0001; \pi = 1,000$; *Desempenho físico*: $F_{(2;548)} = 27,371; p < 0,0001; \pi = 1,000$; *Dor corporal*: $F_{(2;548)} = 17,193; p < 0,0001; \pi = 1,000$; *Saúde em Geral*: $F_{(2;548)} = 30,442; p < 0,0001; \pi = 1,000$). Com recurso ao teste de comparações múltiplas ajustado Bonferroni, procuramos verificar as diferenças entre os grupos em estudo. Vejamos o quadro seguinte:

Constatamos que as pessoas com início de atividade laboral com menos de 13 anos apresentaram, em média, significativamente pior perceção de saúde, no momento presente, em quase todos os índices comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado a atividade laboral com [13-16[anos (*Função Física*: $d_{\bar{x}} = -10,146; p < 0,0001$; *Desempenho físico*: $d_{\bar{x}} = -11,752; p < 0,0001$; *Saúde em Geral*: $d_{\bar{x}} = -5,991; p = 0,005$)

Quadro 199: Comparações múltiplas de idade de início de atividade laboral em função das medidas de estado de saúde físicas

Medidas de Estado de Físicas	Idade (Classes)	Idade de início da atividade laboral	
		M(EP)	IC 95%
Função Física	< 13 anos	73,73(1,59)	70,62-76,85
	[13-16[anos	83,88(1,66)	80,62-87,14
	≥ 16 anos	91,59(1,51)	88,63-94,55
Desempenho Físico	< 13 anos	73,62(1,72)	70,24-76,99
	[13-16[anos	85,37(1,80)	81,84-88,90
	≥ 16 anos	90,91(1,63)	87,70-94,11
Dor Corporal	< 13 anos	63,71(1,71)	60,36-67,07
	[13-16[anos	68,96(1,79)	65,45-72,47
	≥ 16 anos	77,36(1,62)	74,17-80,54
Saúde em Geral	< 13 anos	53,93(1,29)	51,39-56,46
	[13-16[anos	59,83(1,35)	57,17-62,48
	≥ 16 anos	67,74(1,23)	65,33-70,14

Legenda: M(EP): Média (Erro Padrão da Média); I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média.

366 ou com 16 anos ou mais (*Função Física*: $d_{\bar{x}} = -17,853; p < 0,0001$; *Desempenho físico*: $d_{\bar{x}} = -17,287; p < 0,0001$; *Dor corporal*: $d_{\bar{x}} = -13,644; p < 0,0001$; *Saúde em Geral*: $d_{\bar{x}} = -13,810; p < 0,0001$). No que diz respeito às pessoas que indicaram terem-se iniciado a trabalhar entre os [13 -16[anos apresentaram também, em média e de forma significativa, pior condição de saúde na quase totalidade dos índices no momento presente comparativamente às pessoas que iniciaram a sua atividade laboral a partir dos 16 anos ou mais (*Função Física*: $d_{\bar{x}} = -7,707; p = 0,002$; *Desempenho físico*: $d_{\bar{x}} = -5,534; p = 0,069$; *Dor corporal*: $d_{\bar{x}} = -8,396; p = 0,002$; *Saúde em Geral*: $d_{\bar{x}} = -7,909; p < 0,0001$).

Propusemos também compreender, de forma multivariada, o contributo, quer do efeito combinado quer dos efeitos isolados das variáveis explicativas (independentes), na variação da perceção geral do estado de saúde ao nível mental. O quadro seguinte apresenta o *design* fatorial (efeitos combinados e efeitos principais) para aplicação da estatística multivariada.

Quadro 200: *Design* fatorial do tipo de atividade laboral na adolescência e a idade de início de atividade laboral ao nível das medidas de estado de saúde mental

Índices de Saúde	Tipo de Atividade	Idade de Início da Atividade Laboral			Total
		< 13 anos M±DP	[13-16] anos M±DP	≥ 16 anos M±DP	
Vitalidade	Integral	58,98±22,86	60,22±20,26	66,85±20,85	61,72±21,49
	Sazonal	63,01±24,44	66,39±20,91	75,47±20,43	69,61±22,43
	Total	60,50±23,48	61,98±20,58	71,29±21,03	64,84±22,19
Função Social	Integral	76,10±23,37	82,30±17,91	84,65±20,68	80,97±20,84
	Sazonal	77,94±25,75	81,71±23,25	88,68±17,21	83,83±21,94
	Total	76,79±24,23	82,13±19,51	86,71±19,04	82,09±21,31
Desempenho Emocional	Integral	80,97±24,86	86,63±20,03	85,19±22,67	84,37±22,52
	Sazonal	83,58±23,30	93,63±12,54	95,21±10,30	91,25±16,65
	Total	81,95±24,26	88,56±18,50	90,25±18,21	87,04±20,70
Saúde Mental	Integral	71,84±21,48	75,44±17,91	75,87±19,77	74,40±19,68
	Sazonal	75,53±21,42	78,00±18,28	83,77±14,99	79,91±18,21
	Total	73,23±21,47	76,17±18,01	79,90±17,89	76,57±19,29

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão.

À semelhança dos valores médios dos efeitos combinados ao nível das medidas de saúde do tipo físico também ao nível das medidas de saúde de âmbito mental constatamos que as pessoas que realizaram uma atividade laboral sazonal no período da adolescência apresentaram uma perceção de saúde mais positiva face às pessoas que tiveram uma atividade laboral do tipo integral e onde este padrão foi semelhante em função da idade com que iniciaram a atividade laboral, à exceção do índice *função social*.

Quanto aos efeitos isolados, verificamos que as pessoas que indicaram ter uma atividade laboral do tipo sazonal apresentaram uma visão mais positiva da sua saúde nas diferentes medidas de saúde comparativamente às pessoas que indicaram ter nesse mesmo período uma atividade laboral a tempo integral. Por fim, quanto ao efeito principal idade de início da atividade laboral constatamos que as pessoas que indicaram ter iniciado a sua atividade laboral mais cedo tendem a revelar uma pior perceção de saúde comparativamente às pessoas que ingressaram mais tarde no período da adolescência.

Face ao exposto, e com recurso à análise de variância multivariada, procuramos avaliar o efeito dos fatores (*tipo de atividade laboral* na adolescência em função da *idade em que iniciara a atividade laboral*) sobre um compósito de medidas de estado de saúde mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 201: Análise de Variância Multivariada da Idade de Início de atividade laboral e o tipo de atividade sobre as Medidas de Estado de Saúde Mentais.

Multivariate Tests								
	Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	$p(U)$	$p(\lambda_1)$	$\eta_p^2(U)$	$\eta_p^2(\lambda_1)$	$\pi^{(a)}$
	1)	0,043	0,045	<0,0001	<0,0001	0,043	0,043	0,989
	2)	0,076	0,061	<0,0001	<0,0001	0,038	0,058	1,000
	1 × 2	0,011	0,009	0,645	0,299	0,005	0,009	0,355
	Intercept	0,956	21,899	<0,0001	<0,0001	0,956	0,956	1,000
Test of Between-Subjects Effects								
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p	
Tipo de Atividade Laboral	Vitalidade	7363,007	450,061	1	557	16,360	<0,0001	
	Função Social	1356,704	414,690	1	557	3,272	0,071	
	Desempenho Emocional	5788,542	401,761	1	557	14,408	<0,0001	
	Saúde Mental	4301,108	349,915	1	557	12,292	<0,0001	
Idade de Início de Atividade Laboral	Vitalidade	5914,145	450,061	2	557	13,141	<0,0001	
	Função Social	5614,759	414,690	2	557	13,540	<0,0001	
	Desempenho Emocional	3673,123	401,761	2	557	9,143	<0,0001	
	Saúde Mental	1982,245	349,915	2	557	5,665	0,004	
Efeitos Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	P	
Início Consumo × Hábitos Tabágicos (Adulto)	Vitalidade	494,762	450,061	2	557	1,099	0,334	
	Função Social	266,751	414,690	2	557	0,643	0,526	
	Desempenho Emocional	815,545	401,761	2	557	2,030	0,132	
	Saúde Mental	375,165	349,915	2	557	1,072	0,343	
	Modelo Corrigido (V)	4665,632	450,061	5	557	10,367	<0,0001	
	Modelo Corrigido (FS)	2846,064	414,690	5	557	6,863	<0,0001	
	Modelo Corrigido (DE)	3050,425	401,761	5	557	7,593	<0,0001	
	Modelo Corrigido (SM)	2017,295	349,915	5	557	5,765	<0,0001	

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Tipo de atividade laboral (tempo); 2) Idade em que iniciara a atividade laboral. 1 × 2: Efeito de interação entre os efeitos principais.

Podemos constatar a ausência de um efeito de interação significativo entre os fatores principais no compósito multivariado das medidas de estado de saúde ($U_{1 \times 2} = 0,011; F = 0,753; p = 0,645$).

Quanto aos efeitos principais isolados, estes, segundo a estatística de *Traço de Pillay*, demonstraram efeitos significativos sobre o compósito de índices de estado de saúde ($U_{\text{tipo de atividade}} = 0,043; F = 6,288; p < 0,0001; U_{\text{idade de inicio}} = 0,076; F = 5,487; p < 0,0001$).

Para avaliarmos os efeitos multivariados significativos dos fatores isoladamente recorremos às análises de variâncias fatoriais (II fatores) para cada uma das variáveis dependentes das Medidas de Estado de Saúde Mental (MESM).

Quanto ao efeito isolado principal “*tipo de atividade laboral*” verificamos efeitos estatisticamente significativos e marginalmente significativos nos diferentes índices de saúde (*Vitalidade*: $F_{(1,557)} = 16,360; p < 0,0001; \pi = 0,981$; *Função Social*: $F_{(1,557)} = 3,272; p = 0,071; \pi = 0,439$; *Desempenho Emocional*: $F_{(1,557)} = 14,408; p < 0,0001; \pi = 0,966$; *Saúde Mental*: $F_{(1,557)} = 12,292; p < 0,0001; \pi = 0,938$). O quadro seguinte apresenta a comparação dos grupos segundo os vários índices de saúde:

Quadro 202: Comparações múltiplas do tipo de atividade laboral em função das medidas de estado de saúde mentais

Medidas de Estado de Saúde Física	Tipo de Atividade Laboral	M(EP)	I.C. 95%	$d_{\bar{x}}$	p-value ^(a)
Vitalidade	Integral	61,91(1,15)	59,65-64,17	-7,616	<0,0001
	Sazonal	69,52(1,49)	66,60-72,45		
Função Social	Integral	81,08(1,10)	78,91-83,25	-3,269	0,071
	Sazonal	84,35(1,43)	81,54-87,16		
Desempenho Emocional	Integral	84,33(1,09)	82,19-86,47	-6,753	<0,0001
	Sazonal	91,08(1,41)	88,32-93,85		
Saúde Mental	Integral	74,36(1,01)	72,36-76,35	-5,821	<0,0001
	Sazonal	80,18(1,31)	77,60-82,76		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. $d_{\bar{x}}$: Diferença Média.

Com recurso ao teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*, podemos comprovar com os resultados anteriormente apresentados, que as pessoas que indicaram ter uma atividade laboral do tipo sazonal, no período da adolescência, tendem a apresentar de forma significativa uma melhor condição de saúde ao nível das várias medidas de saúde, no momento presente comparativamente às pessoas que tiveram uma atividade laboral de tempo integral na sua adolescência.

Por fim, quanto ao efeito isolado principal “idade de início de atividade laboral” constatamos, também, segundo a Análise de Variância Fatorial, efeitos estatisticamente significativos em todos os índices de saúde (*Vitalidade*: $F_{(2,557)} = 13,141; p < 0,0001; \pi = 0,938$; *Função Social*: $F_{(2,557)} = 13,540; p < 0,0001; \pi = 0,997$; *Desempenho Emocional*: $F_{(2,557)} = 9,143; p < 0,0001; \pi = 0,998$; *Saúde Mental*: $F_{(2,557)} = 5,665; p = 0,004; \pi = 0,861$). Com recurso ao teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*, procuramos verificar as diferenças entre os grupos em estudo. Vejamos o quadro seguinte:

Constatamos mais uma vez que as pessoas com início de atividade laboral com menos de 13 anos apresentaram, em média, significativamente pior percepção de saúde no momento presente em todos os índices comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado a atividade laboral com 16 anos de idade ou mais (*Vitalidade*: $d_{\bar{x}} = -11,020; p < 0,0001$; *Função Social*: $d_{\bar{x}} = -11,088; p < 0,0001$);

(*Desempenho emocional*: $d_{\bar{x}} = -8,237; p < 0,0001$; *Saúde Mental*: $d_{\bar{x}} = -6,553; p = 0,003$). Também só se registaram diferenças significativas entre as pessoas que teriam iniciado a sua atividade com

Quadro 203: Comparações múltiplas de idade de início da atividade laboral em função das medidas de estado de saúde mentais

Medidas de Estado de Mental	Idade (Classes)	Idade de início da atividade laboral	
		M(EP)	IC 95%
Vitalidade	< 13 anos	60,95(1,63)	57,75-64,15
	[13-16[anos	64,23(1,75)	60,80-67,66
	≥ 16 anos	71,97(1,51)	69,01-74,93
Função Social	< 13 anos	76,92(1,57)	73,84-79,99
	[13-16[anos	83,22(1,68)	79,93-86,51
	≥ 16 anos	88,01(1,45)	85,16-90,85
Desempenho Emocional	< 13 anos	82,38(1,54)	79,35-85,40
	[13-16[anos	90,13(1,65)	86,89-93,37
	≥ 16 anos	90,61(1,42)	87,82-93,41
Saúde Mental	< 13 anos	73,68(1,44)	70,86-76,51
	[13-16[anos	77,88(1,54)	74,86-80,90
	≥ 16 anos	80,24(1,33)	77,63-82,85

Legenda: M(EP): Média (Erro Padrão da Média); I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média.

menos de 13 anos comparativamente às pessoas que iniciaram entre os 13 e os 15 anos ao nível da *função social* ($d_{\bar{x}} = -6,302; p = 0,019$) e *desempenho emocional* ($d_{\bar{x}} = -8,237; p < 0,0001$).

No que diz respeito às pessoas que indicaram terem-se iniciado a trabalhar entre os [13-16] anos apresentaram, também, em média e de forma significativa pior condição de saúde em especial ao nível da vitalidade ($d_{\bar{x}} = -7,740; p = 0,003$) e de forma marginal ao nível da função social ($d_{\bar{x}} = -4,786; p = 0,093$) comparativamente às pessoas que teriam iniciado a sua atividade com uma idade mais avançada durante a adolescência.

Propusemos de seguida avaliar o impacto na perceção de estado de saúde presente nos habitantes do concelho de Coimbra na participação em atividades domésticas no período da adolescência. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 204: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em função da participação atividades domésticas (adolescência)

ESTADO DE SAÚDE	TIPO DE PARTICIPAÇÃO				p
	SIM		NÃO		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	82,69±20,80 (785)	81,23-84,14	88,21±19,64 (384)	86,24-90,18	<0,0001
DESEMPENHO FÍSICO	82,89±22,73 (791)	81,30-84,47	86,95±20,98 (384)	84,84-89,05	0,001
DOR CORPORAL	67,73±24,25 (793)	66,04-69,42	75,66±22,60 (386)	73,39-77,92	<0,0001
SAÚDE EM GERAL	60,45±18,49 (790)	59,16-61,74	64,52±16,56 (385)	62,86-66,18	<0,0001
VITALIDADE	63,42±21,29 (789)	61,93-64,91	70,71±20,93 (383)	68,61-72,81	<0,0001
FUNÇÃO SOCIAL	81,21±21,37 (793)	79,72-82,70	84,88±19,67 (387)	82,92-86,85	0,004
DESEMPENHO EMOCIONAL	85,53±21,09 (790)	84,05-87,00	88,21±20,49 (383)	86,15-90,27	0,007
SAÚDE MENTAL	74,60±19,85 (788)	73,22-75,99	78,21±18,79 (383)	76,32-80,10	0,004

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes; Wilcoxon-Mann-Whitney

Como podemos constatar, também as pessoas que indicaram realizar atividades domésticas durante o período da adolescência (cozinhar, limpar, cuidar dos familiares...) revelaram níveis de perceção de saúde, quer física quer mental, na atualidade, significativamente inferiores às pessoas em que esta participação não ocorra.

Procuramos também avaliar, em classes, a frequência de atividades designadas de lazer e sua relação na perceção de saúde no momento presente. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 205: Medidas de Estado de Saúde Físico em função da frequência de participação em atividades domésticas na adolescência

Atividades de Lazer	FUNÇÃO FÍSICA		DESEMPENHO FÍSICO		DOR CORPORAL		SAÚDE EM GERAL	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
Nenhuma Atividade	87,70±20,07 (419)	85,78-89,63	86,55±21,50 (420)	84,49-88,61	74,89±23,17 (425)	72,68-77,10	64,24±16,66 (422)	62,65-65,83
[1 - 3] Atividades	84,96±18,48 (381)	83,09-86,82	85,39±20,43 (383)	83,34-87,45	70,05±23,24 (385)	67,73-72,38	61,97±17,87 (383)	60,17-63,76
≥ 3 Atividades	80,68±22,58 (397)	78,45-82,91	80,34±24,63 (401)	77,92-82,75	65,58±25,06 (401)	63,12-68,04	58,96±19,03 (400)	57,09-60,83
p	<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Brown-Forsythe.

Perante os resultados apresentados no quadro anterior podemos constatar que as pessoas que participaram num maior número de atividades de lazer também revelaram, no momento presente, níveis mais baixos de perceção de saúde perante todos os índices ($p < 0,0001$).

De forma mais específica e com recurso ao teste comparações múltiplas *G-H*, constatamos que as pessoas que participavam em 3 ou mais atividades domésticas demonstraram níveis significativamente inferiores de função e desempenho físico, maior impacto da dor e menor saúde em geral comparativamente às classes de atividades de lazer: (*Função Física*: $d_{\bar{x}[1-3[atividades} = -4,276; p = 0,011$; $d_{\bar{x} ausência de atividades} = -7,024; p < 0,0001$) ; (*Desempenho Físico*: $d_{\bar{x}[1-3[atividades} = -5,059; p = 0,005$; $d_{\bar{x} ausência de atividades} = -6,212; p < 0,0001$) . (*Dor corporal*: $d_{\bar{x}[1-3[atividades} = -4,471; p = 0,026$; $d_{\bar{x} ausência de atividades} = -9,304; p < 0,0001$) ; (*Saúde em geral*: $d_{\bar{x}[1-3[atividades} = -3,006; p = 0,059$; $d_{\bar{x} ausência de atividades} = -5,277; p < 0,0001$).

Apesar de não se registarem diferenças significativas, entre as pessoas que indicaram realizar entre 1 a 3 atividades exclusive comparativamente às pessoas que indicaram não participar, estas demonstram melhores índices de saúde no presente comparativamente às pessoas que realizaram entre 1 a 2 atividades.

O quadro seguinte apresenta a relação da participação em atividades de lazer com os vários índices de saúde mental.

Quadro 206 Medidas de Estado de Saúde Mental em função da frequência de participação em atividades domésticas na adolescência

Atividades de Lazer	VITALIDADE		FUNÇÃO SOCIAL		DESEMPENHO EMOCIONAL		SAÚDE MENTAL	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
Nenhuma Atividade	69,84±21,37 (420)	67,79-71,89	84,30±19,92 (426)	82,40-86,20	87,75±20,67 (419)	85,76-89,73	77,49±18,97 (420)	75,67-79,31
[1 - 3[Atividades	64,08±19,68 (382)	62,10-66,05	82,63±20,29 (385)	80,60-84,66	86,68±19,51 (383)	84,72-88,64	74,94±18,86 (381)	73,04-76,84
≥ 3 Atividades	62,81±22,80 (400)	60,57-65,05	79,80±22,35 (401)	77,61-81,99	84,33±22,57 (400)	82,12-86,55	74,40±20,85 (400)	72,35-76,45
<i>p</i>	<0,0001		0,008		0,060		0,055	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Análise da Variância a um fator; Brown-Forsythe

Como podemos constatar, registaram-se diferenças significativas de perceção de saúde ao nível mental nos índices de *vitalidade* e *função social* entre as diferentes classes de participação de atividades domésticas ($p < 0,05$). Quanto aos índices de *desempenho emocional* e *saúde mental* estes revelaram ser marginalmente significativos. Podemos referir que as pessoas que autodeclararam um maior número de atividades de lazer (3 ou mais) no período da adolescência apresentavam no momento presente níveis mais baixos nestes índices de saúde face aos restantes grupos.

Com recurso ao teste comparações múltiplas *G-H* constatamos que as pessoas que indicaram que não realizavam atividades domésticas no período da adolescência revelaram melhores resultados de energia e *vitalidade* no momento presente comparativamente às restantes classes de frequência

de atividades: ($d_{\bar{x}[1-3[atividades} = 5,760; p < 0,0001; d_{\bar{x} \geq 3 atividades} = 7,029; p < 0,0001$); e o mesmo ocorreu ao nível da *função social* comparativamente às pessoas que indicaram realizar três ou mais atividades domésticas ($d_{\bar{x}} = 4,501; p = 0,007$). Nas restantes comparações as diferenças não foram significativas entre as pessoas que indicaram realizar 1 a 2 atividades domésticas comparativamente às pessoas que realizaram 3 ou mais atividades: ($d_{\bar{x} vitalidade} = 1,267; p = 0,683; d_{\bar{x} função social} = 2,829; p = 0,151$).

Procuramos compreender como a perceção geral de saúde (física e mental) poderia variar em função da idade em que os habitantes autodeclararam ter abandonado os estudos. Para avaliar esta relação aplicou-se o *coeficiente de correlação linear de Pearson* e constatamos um padrão de variação positivo e estatisticamente significativo entre as diferentes dimensões de saúde em função do período da idade em que abandonaram os estudos ($r_{função física} = 0,245; p < 0,0001$ (n = 1155); $r_{desempenho físico} = 0,166; p < 0,0001$ (n = 1162); $r_{dor corporal} = 0,153; p < 0,0001$ (1168); $r_{saúde geral} = 0,270; p < 0,0001$ (n = 1163); $r_{vitalidade} = 0,125; p < 0,0001$ (n = 1159); $r_{função social} = 0,073; p = 0,013$ (n = 1169); $r_{desempenho emocional} = 0,083; p = 0,004$ (n = 1160); $r_{saúde mental} = 0,125; p < 0,0001$ (n = 1158).

Procuramos de seguida explorar a variabilidade da perceção de estado de saúde em função da segmentação de idade em que cada habitante indicara quando deixara de estudar. Vejamos o quadro seguinte referente às medidas de estado de saúde físico.

372

Quadro 207: Medidas de Estado de Saúde Físico em função da idade em que estudaram

Idade	FUNÇÃO FÍSICA		DESEMPENHO FÍSICO		DOR CORPORAL		SAÚDE EM GERAL	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
<13 anos	74,99±24,85 (300)	72,17-77,81	77,17±26,48 (303)	74,17-80,16	63,60±24,10 (307)	60,89-66,31	53,88±18,15 (305)	51,84-55,93
[13-16[anos	86,39±18,16 (155)	83,51-89,27	85,44±19,23 (155)	82,39-88,50	68,71±22,29 (157)	65,19-72,22	59,77±15,61 (156)	57,30-62,24
=>16 anos	88,90±16,25 (700)	87,69-90,10	87,48±19,71 (704)	86,02-88,93	73,79±23,54 (704)	72,05-75,53	65,95±16,98 (702)	64,69-67,21
<i>p</i>	<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Análise de Variância a um fator; Brown-Forsythe.

Como podemos observar no quadro anterior, registaram-se diferenças médias estatisticamente significativas entre classes de idade que os habitantes do concelho de Coimbra indicaram terem estudado em relação aos diferentes índices de saúde física ($p < 0,0001$).

Com recurso ao *teste de comparações múltiplas G-H*, verificamos que as pessoas que estudaram até aos 16 anos de idade ou mais apresentaram significativamente melhores resultados de saúde ao nível da *função física* comparativamente às pessoas que estudaram até aos 13 anos de idade: ($d_{\bar{x}} = 13,910; p < 0,0001$) mas não diferenciador perante as pessoas que indicaram estudar entre os 13 anos e 15 anos de idade ($d_{\bar{x}} = 2,507; p = 0,255$). Também as pessoas que indicaram ter estudado até às idades entre os 13 anos e os 15 anos demonstraram melhores resultados do índice em

questão comparativamente às pessoas que estudaram até aos 12 anos inclusive ($d_{\bar{x}} = 11,402; p < 0,0001$).

No que diz respeito ao *desempenho físico*, também as pessoas que indicaram estudar até aos 16 anos de idade ou mais diferenciaram-se positivamente neste índice comparativamente às pessoas que estudaram até aos 12 anos inclusive ($d_{\bar{x}} = 10,311; p < 0,0001$) à exceção do grupo de pessoas que estudaram até aos 13 e 15 anos de idade ($d_{\bar{x}} = 2,033; p = 0,463$). Também o grupo de pessoas que se encontrava nesta faixa etária revelou melhores resultados de desempenho comparativamente às pessoas que estudaram até aos 12 anos ($d_{\bar{x}} = 8,278; p < 0,0001$).

Quanto ao impacto da *dor corporal* verificamos, segundo o teste de comparações múltiplas *Least Significant Difference*, que as pessoas que teriam estudado até aos 16 anos ou mais apresentaram, em média, menor impacto da dor no momento atual comparativamente às pessoas que terminaram os estudos mais cedo: ($d_{\bar{x} < 13 \text{ anos}} = 10,193; p < 0,0001; d_{\bar{x} [13-16] \text{ anos}} = 5,086; p = 0,014$) . Padrão semelhante ocorreu entre as pessoas que estudaram até aos 13 anos e os 15 anos de idade face às pessoas que estudaram até aos 12 anos ($d_{\bar{x}} = 5,108; p = 0,027$).

Por fim, ao nível do índice de *saúde em geral*, segundo o teste de comparações múltiplas *G-H*, as pessoas que indicaram ter estudado até aos 16 anos ou mais é que apresentaram melhores resultados neste índice comparativamente aos restantes grupos ($d_{\bar{x} < 13 \text{ anos}} = 12,071; p < 0,0001; d_{\bar{x} [13-16] \text{ anos}} = 6,184; p < 0,0001$). Também as pessoas que teriam estudado entre os 13 e os 15 anos inclusive apresentaram melhor perceção de saúde em geral comparativamente às pessoas que estudaram até aos 12 anos ($d_{\bar{x}} = 5,887; p = 0,001$).

O quadro seguinte apresenta a relação das medidas de estado saúde mental com a idade que os habitantes indicaram ter deixado de estudar.

Quadro 208: Medidas de Estado de Saúde Mental em função da idade em que estudaram

Idade	VITALIDADE		FUNÇÃO SOCIAL		DESEMPENHO EMOCIONAL		SAÚDE MENTAL	
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%
<13 anos	60,51±24,11 (302)	57,78-63,24	78,91±22,66 (307)	76,36-81,45	82,92±24,30 (302)	80,17-85,67	71,74±21,84 (301)	69,26-74,22
[13-15] anos	64,39±20,97 (156)	61,07-67,71	83,12±19,14 (157)	80,10-86,14	86,34±20,85 (155)	83,04-89,65	76,22±17,79 (156)	73,41-79,04
=>16 anos	68,85±19,73 (701)	67,38-70,31	84,06±20,19 (705)	82,57-85,55	88,13±18,98 (703)	86,73-89,54	77,49±18,60 (701)	76,11-78,87
<i>p</i>	<0,0001		0,001		0,003		<0,0001	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
Teste: Brown-Forsythe

Também se registaram diferenças significativas de perceção de saúde ao nível mental em função da idade em que os nossos habitantes indicaram ter estudado ($p < 0,05$). De forma mais específica e com recurso ao *teste de comparações múltiplas G-H*, verificamos que o grupo de pessoas que indicaram ter estudado até aos 12 anos ou menos revelaram, no presente, pior perceção de saúde nos vários índices comparativamente às pessoas que estudaram até aos 16 anos ou mais

($d_{\bar{x}} \text{ vitalidade} = -8,334; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}} \text{ função social} = -5,152; p = 0,002$; $d_{\bar{x}} \text{ desempenho emocional} = -5,215; p = 0,003$; $d_{\bar{x}} \text{ saúde mental} = -5,750; p < 0,0001$) e com as pessoas que teriam estudado entre os 13 e os 15 anos inclusive ao nível da saúde mental ($d_{\bar{x}} = -4,484; p = 0,049$). Também se verificou que as pessoas que teriam estudado entre os 13 e os 15 anos inclusive apresentaram significativamente menor *vitalidade* comparativamente às pessoas que teriam estudado até aos 16 anos ou mais ($d_{\bar{x}} = -4,456; p = 0,042$) mas revelaram valores semelhantes nos restantes índices de saúde.

Os restantes grupos de idade que as pessoas indicaram pertencer revelaram padrões de percepção semelhantes entre si ($p > 0,05$).

Procuramos de seguida avaliar a variabilidade média da percepção de estado de saúde entre as pessoas que indicaram ter deixado de estudar ou não no período da adolescência. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 209: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em função do abandono do ensino

ESTADO DE SAÚDE	ENSINO				p
	SIM		NÃO		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	80,50±22,68 (582)	78,65-82,35	89,47±15,57 (573)	88,19-90,75	<0,0001
DESEMPENHO FÍSICO	81,27±23,92 (584)	79,33-83,22	87,80±19,46 (578)	86,21-89,39	<0,0001
DOR CORPORAL	66,38±23,62 (592)	64,47-68,29	74,59±23,52 (576)	72,67-76,52	<0,0001
SAÚDE EM GERAL	57,30±17,56 (588)	55,88-58,72	66,72±16,95 (575)	65,33-68,11	<0,0001
VITALIDADE	63,18±22,72 (585)	61,33-65,02	69,03±19,58 (574)	67,42-70,63	<0,0001
FUNÇÃO SOCIAL	81,10±21,46 (592)	79,37-82,83	84,10±20,08 (577)	82,46-85,74	0,014
DESEMPENHO EMOCIONAL	84,96±22,40 (583)	83,14-86,79	88,13±19,02 (577)	86,57-89,68	0,010
SAÚDE MENTAL	73,80±20,52 (584)	72,13-75,46	77,89±18,25 (574)	76,39-79,39	<0,0001

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes

Segundo o quadro anterior as pessoas que indicaram ter deixado de estudar ainda no período da adolescência revelaram índices de percepção de estado de saúde significativamente menores no momento presente comparativamente às pessoas que não o fizeram nessa fase da vida.

Procuramos ainda explorar se, durante o período escolar, independentemente da fase de abandono, só estudava ou também trabalhava ao mesmo tempo e como isso poderia refletir na sua percepção geral de saúde.

Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 210: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em função da dualidade estudar/trabalhar

ESTADO DE SAÚDE	ESTUDOU E TRABALHOU AO MESMO TEMPO NA ADOLESCÊNCIA				p
	SIM		NÃO		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	84,41±19,28 (236)	81,94-86,89	85,16±20,17 (914)	83,85-86,47	0,601
DESEMPENHO FÍSICO	84,02±22,60 (237)	81,13-86,91	84,66±21,86 (919)	83,24-86,07	0,690
DOR CORPORAL	69,61±24,22 (238)	66,52-72,70	70,70±23,96 (923)	69,15-72,25	0,533
SAÚDE EM GERAL	62,41±18,54 (237)	60,03-64,78	61,86±17,76 (919)	60,71-63,01	0,676
VITALIDADE	63,54±21,64 (237)	60,77-66,31	66,54±21,33 (915)	65,16-67,93	0,055
FUNÇÃO SOCIAL	80,62±22,22 (238)	77,78-83,46	83,09±20,54 (924)	81,76-84,42	0,121
DESEMPENHO EMOCIONAL	86,67±19,75 (237)	84,15-89,20	86,45±21,19 (917)	85,08-87,82	0,883
SAÚDE MENTAL	74,53±20,82 (236)	71,86-77,20	76,08±19,14 (915)	74,84-77,32	0,276

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes

No que diz respeito às MESF verificamos a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que teriam que trabalhar e estudar na adolescência face às pessoas que não tiveram necessidade de o fazer nesse período de vida. O mesmo padrão ocorreu ao nível das MESM.

Realizamos a mesma análise mas de forma mais específica para as pessoas que indicaram ter terminado os estudos ainda na fase da adolescência, isto é, com menos de 18 anos. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 211: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em função da dualidade estudar/trabalhar na adolescência

ESTADO DE SAÚDE	ESTUDOU E TRABALHOU AO MESMO TEMPO NA ADOLESCÊNCIA				p
	SIM		NÃO		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	79,57±23,32 (90)	74,69-84,46	80,78±22,57 (481)	78,76-82,80	0,774
DESEMPENHO FÍSICO	79,46±24,74 (91)	74,31-84,62	81,73±23,75 (482)	79,60-83,86	0,357
DOR CORPORAL	65,89±24,78 (92)	60,76-71,02	66,56±23,53 (488)	64,46-68,65	0,774
SAÚDE EM GERAL	57,55±20,01 (91)	53,39-61,71	57,31±17,08 (485)	55,78-58,83	0,844
VITALIDADE	60,55±23,02 (91)	55,76-65,34	63,61±22,76 (482)	61,57-65,65	0,251
FUNÇÃO SOCIAL	76,90±22,99 (92)	72,14-81,66	81,99±21,18 (488)	80,11-83,88	0,035
DESEMPENHO EMOCIONAL	83,52±21,26 (91)	79,09-87,94	85,20±22,68 (481)	83,17-87,24	0,229
SAÚDE MENTAL	71,07±22,49 (90)	66,36-75,78	74,30±20,19 (482)	72,49-76,11	0,326

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Wilcoxon-Mann-Whitney

Como podemos observar, só se registaram diferenças estatisticamente significativas no índice de *função social* entre as pessoas que indicaram deixar de estudar no período da adolescência e se teriam realizado alguma atividade laboral ao mesmo tempo que estudavam ou não. As pessoas que indicaram não terem tido as duas atividades ao mesmo tempo apresentaram uma perceção mental de saúde ao nível da função social mais positiva comparativamente às pessoas que estudaram e trabalharam ao mesmo tempo. Também nos restantes índices de perceção de saúde constatamos que as pessoas que só estudaram durante a fase da adolescência demonstraram uma perceção de saúde sensivelmente melhor no momento presente face às pessoas que indicaram ter

tido as duas atividades ao mesmo tempo, apesar das diferenças não revelarem ser significativas ($p > 0,05$).

Também concretizamos a mesma análise anterior mas para as pessoas que indicaram não deixarem de estudar na adolescência mesmo se tiveram necessidade de trabalhar e estudar ao mesmo tempo nesse mesmo período de vida e qual a relação que tem com a percepção de saúde em geral (MESF e MESM) no momento presente. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 212: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em função da dualidade estudar/trabalhar em pessoas que não deixaram de estudar na adolescência

ESTADO DE SAÚDE	ESTUDOU E TRABALHOU AO MESMO TEMPO NA ADOLESCÊNCIA				
	SIM		NÃO		p
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	87,34±15,82 (141)	84,71-89,97	90,23±15,41 (420)	88,75-91,71	0,056
DESEMPENHO FÍSICO	86,79±20,77 (141)	83,33-90,25	88,29±18,84 (424)	86,49-90,08	0,427
DOR CORPORAL	72,09±23,54 (141)	68,17-76,01	75,44±23,59 (422)	73,18-77,69	0,145
SAÚDE EM GERAL	65,46±16,98 (141)	62,63-68,29	67,19±16,91 (421)	65,57-68,81	0,296
VITALIDADE	65,43±20,83 (141)	61,96-68,89	70,28±18,89 (420)	68,47-72,09	0,015
FUNÇÃO SOCIAL	83,87±20,78 (141)	80,40-87,33	84,34±19,81 (423)	82,44-86,23	0,809
DESEMPENHO EMOCIONAL	88,53±18,75 (141)	85,41-91,66	88,18±18,97 (423)	86,37-89,99	0,847
SAÚDE MENTAL	76,97±19,49 (141)	73,73-80,22	78,36±17,61 (420)	76,67-80,05	0,430

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes

Como podemos observar só se registaram diferenças estatisticamente significativas ao nível dos índices de *função física e vitalidade*. As pessoas que indicaram não terem necessidade de trabalhar e estudar ao mesmo tempo no período da adolescência apresentaram melhor função física e energia comparativamente às pessoas que viveram essa dualidade nesse período de vida.

Nos restantes índices de saúde não se observaram diferenças significativas mas as pessoas que necessitaram de estudar e trabalhar ao mesmo tempo no período da adolescência revelaram em média níveis ligeiramente mais baixos comparativamente às pessoas que não necessitarem de viver essa dualidade na adolescência.

Quando perguntamos, de forma geral, se mais tarde teria voltado a estudar e como este regresso podia estar relacionado com a percepção geral de saúde vejamos o quadro seguinte:

Quadro 213: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em relação ao regresso ao ensino

ESTADO DE SAÚDE	SIM		NÃO		p
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	85,99±18,59 (285)	83,83-88,16	84,03±21,25 (912)	82,65-85,41	0,782
DESEMPENHO FÍSICO	84,40±22,10 (288)	81,83-86,96	84,02±22,53 (916)	82,56-85,48	0,930
DOR CORPORAL	69,84±23,86 (290)	67,09-72,60	70,40±24,21 (921)	68,84-71,97	0,731
SAÚDE EM GERAL	63,58±18,12 (288)	61,48-65,68	61,20±17,90 (917)	60,04-62,36	0,050
VITALIDADE	65,47±19,48 (288)	63,21-67,73	65,73±22,17 (914)	64,29-67,17	0,853
FUNÇÃO SOCIAL	81,64±20,67 (290)	79,25-84,03	82,48±21,02 (922)	81,12-83,84	0,549
DESEMPENHO EMOCIONAL	86,31±20,99 (288)	83,88-88,75	86,26±21,02 (914)	84,90-87,62	0,983
SAÚDE MENTAL	74,93±19,29 (287)	72,69-77,17	75,88±19,72 (914)	74,60-77,16	0,476

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; IC95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes; Wilcoxon-Mann-Whitney

Como podemos observar, não se registaram diferenças significativas entre as pessoas que indicaram ter voltado a estudar ou não à exceção do índice saúde em geral ($p=0,05$). As pessoas que indicaram ter regressado ao ensino mais tarde apresentaram melhor percepção de saúde em geral face às pessoas que não regressaram.

No sentido de especificar melhor o período de vida dos habitantes que indicaram regressar ao ensino, se teria sido ainda no período da adolescência ou se teriam já regressado na vida adulta e sua relação com a percepção de saúde em geral, vejamos o quadro seguinte:

Quadro 214: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em função do regresso ao ensino na adolescência/vida adulta

ESTADO DE SAÚDE	FASE DA VIDA				p
	ADULTO		ADOLESCÊNCIA		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	87,96±17,59 (149)	85,12-90,81	84,35±18,73 (128)	81,07-87,62	0,042
DESEMPENHO FÍSICO	87,01±20,02 (152)	83,80-90,21	81,64±24,04 (128)	77,44-85,85	0,087
DOR CORPORAL	73,99±22,97 (152)	70,31-77,67	64,86±24,01 (130)	60,70-69,03	0,001
SAÚDE EM GERAL	66,62±17,22 (151)	63,85-69,39	60,09±18,12 (129)	56,94-63,25	0,002
VITALIDADE	68,59±17,42 (151)	65,79-71,39	62,33±21,05 (129)	58,66-65,99	0,008
FUNÇÃO SOCIAL	82,73±18,86 (152)	79,71-85,75	80,58±22,67 (130)	76,64-84,51	0,391
DESEMPENHO EMOCIONAL	87,39±20,16 (152)	84,16-90,62	85,48±21,51 (128)	81,72-89,24	0,601
SAÚDE MENTAL	77,20±17,60 (151)	74,37-80,03	72,47±21,15 (128)	68,77-76,17	0,046

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: t-Student para amostras independentes; Wilcoxon-Mann-Whitney

Verificamos que as pessoas que regressaram ao ensino na vida adulta demonstraram, no momento presente, significativamente melhores resultados na maioria dos índices de saúde física comparativamente às pessoas que indicaram o regresso ainda na adolescência.

Também ao nível das medidas de saúde mental, as pessoas que regressaram ao ensino após a adolescência apresentavam significativamente uma maior *vitalidade e bem-estar psicológico* comparativamente às pessoas que o teriam feito ainda no período da adolescência. Quanto à *função social* e ao *desempenho emocional* não revelaram diferenças médias entre os dois grupos, no entanto, as pessoas que indicaram ter voltado a estudar já na idade adulta demonstraram melhores resultados nestes índices comparativamente às pessoas que ainda teriam regressado ao ensino na adolescência.

Propusemos de seguida compreender a perceção geral de saúde dos habitantes do concelho de Coimbra em função do número de anos de estudo que concretizaram perante o regresso ao ensino. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 215: Medidas de Estado de Saúde Física e Mental em função dos anos de estudo

ESTADO DE SAÚDE	ANOS DE ESTUDO						p
	[1-3[ANOS		[3-5[ANOS		=>5 ANOS		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	84,38±20,24 (126)	80,81-87,95	86,41±16,82 (72)	82,46-90,36	87,99±18,83 (67)	83,39-92,58	0,474
DESEMPENHO FÍSICO	83,58±21,75 (126)	79,75-87,42	82,11±22,66 (73)	76,82-87,39	87,22±22,41 (67)	81,75-92,69	0,112
DOR CORPORAL	67,50±25,55 (127)	63,02-71,99	71,25±22,41 (73)	66,02-76,47	72,36±23,10 (67)	66,72-77,99	0,340
SAÚDE EM GERAL	61,10±18,60 (127)	57,84-64,37	64,18±17,31 (72)	60,11-68,25	65,64±17,23 (67)	61,44-69,84	0,205
VITALIDADE	63,37±20,54 (126)	59,75-66,99	65,34±20,08 (73)	60,66-70,03	68,21±17,60 (67)	63,92-72,50	0,268
FUNÇÃO SOCIAL	81,40±20,28 (127)	77,84-84,96	80,48±22,82 (73)	75,16-85,80	82,84±18,95 (67)	78,21-87,46	0,795
DESEMPENHO EMOCIONAL	87,17±19,46 (126)	83,74-90,60	82,99±22,84 (73)	77,66-88,32	88,18±22,25 (67)	82,76-93,61	0,114
SAÚDE MENTAL	72,90±19,70 (126)	69,43-76,38	75,85±19,22 (72)	71,33-80,36	76,90±17,57 (67)	72,61-81,18	0,323

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Análise da Variância a um fator; Kruskal-Wallis.

Como podemos observar, não se registaram diferenças médias significativas de perceção geral de saúde, quer ao nível físico quer ao nível mental, em função das classes de anos de estudo que os habitantes autodeclararam.

378

Porém, não podemos deixar de referir que as pessoas que regressaram ao ensino e que estudaram cinco ou mais anos apresentaram, em média, uma melhor *função e desempenho físico*, menor impacto da *dor corporal* na sua rotina diária e uma visão mais positiva da sua *saúde em geral* comparativamente às pessoas que indicaram ter estudado [1-3[anos e [3-5[anos.

Também as pessoas que indicaram ter estudado 5 ou mais anos revelaram também mais *energia*, melhor *função social e desempenho emocional e bem-estar psicológico* comparativamente às pessoas que indicaram ter [1-3[anos e [3-5[anos de estudo.

Procuramos avaliar a perceção geral de saúde quer ao nível físico e mental em relação às pessoas que indicaram ter *regressado ao ensino*, ainda na adolescência ou em adulto, e o *número de anos de estudo* (classes) durante esse período de regresso. Face ao exposto, propusemos compreender, de forma multivariada, o contributo do efeito combinado das variáveis explicativas (independentes) quer de forma isolada na variação da perceção geral do estado de saúde ao nível físico.

O quadro seguinte apresenta o *design* fatorial (efeitos combinados e efeitos principais) para posterior aplicação da estatística multivariada.

Quadro 216: *Design* fatorial do regresso ao ensino e o número de anos de estudo ao nível das medidas de estado de saúde física.

Índices de Saúde	Regresso Ensino	Anos de estudo			Total
		[1-3] anos M±DP	[3-5] anos M±DP	=>5 anos M±DP	
Função Física	Adulto	86,56±18,30	90,27±12,13	94,53±05,73	89,55±14,70
	Adolescência	83,14±20,38	85,52±16,40	85,71±19,71	84,38±19,11
	Total	84,89±19,34	88,07±14,36	90,42±14,65	87,09±17,11
Desempenho Físico	Adulto	85,99±20,52	88,85±15,25	96,88±7,10	89,46±17,13
	Adolescência	82,10±22,52	78,91±25,24	84,15±24,50	81,72±23,61
	Total	84,09±21,51	84,24±20,94	90,94±18,50	85,78±20,79
Dor Corporal	Adulto	73,85±24,37	72,46±20,95	79,91±19,03	74,94±22,25
	Adolescência	60,49±24,43	73,84±21,49	65,39±23,63	65,24±23,95
	Total	67,34±25,21	73,10±21,05	73,13±22,34	70,32±23,54
Saúde em Geral	Adulto	64,08±17,86	67,92±15,09	71,38±13,89	66,95±16,36
	Adolescência	58,46±18,32	62,91±16,58	62,43±19,37	60,59±18,10
	Total	61,34±18,23	65,59±15,88	67,20±17,13	63,92±17,47

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão.

Como podemos observar, ao nível dos efeitos combinados, verificamos que as pessoas que regressaram ao ensino já numa fase adulta apresentaram uma perceção geral de saúde, ao nível das medidas físicas, mais positiva comparativamente às pessoas que ainda teriam regressado ao ensino na fase da adolescência. Essa perceção foi demonstrada em cada uma das classes de anos de frequência de ensino, à exceção do índice dor corporal na classe de anos de estudo [3-5] anos.

Quanto aos efeitos isolados, verificamos que as pessoas que indicaram ter voltado a estudar já numa fase da vida adulta demonstraram uma visão mais positiva da sua saúde comparativamente às pessoas que indicaram ter regressado ao ensino ainda na fase da adolescência. Também quanto ao efeito isolado anos de estudo, também verificamos que as pessoas que estudaram mais anos associado ao regresso ao ensino apresentam também uma melhor perceção de saúde ao nível físico comparativamente às pessoas que estudaram menos anos. Estes resultados foram ao encontro das medidas estatísticas univariadas anteriormente apresentadas.

Face ao exposto, e com recurso à análise de variância multivariada, procuramos avaliar o efeito dos fatores (regresso ao ensino e número de anos de estudo) sobre um compósito da função e desempenho físico, dor corporal e saúde em geral. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 217: Análise de Variância Multivariada do Regresso ao ensino e o número de anos de estudo ao nível das medidas de estado de saúde física.

Multivariate Tests								
	Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	$p(U)$	$p(\lambda_1)$	$\eta_p^2(U)$	$\eta_p^2(\lambda_1)$	$\pi^{(a)}$
	1)	0,056	0,059	0,007	0,007	0,056	0,056	0,867
	2)	0,047	0,029	0,173	0,145	0,023	0,028	0,658
	1 × 2	0,045	0,041	0,194	0,047	0,023	0,039	0,697
	<i>Intercept</i>	0,966	28,425	<0,0001	<0,0001	0,966	0,966	1,000

Test of Between-Subjects Effects							
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p
Regresso ao Ensino	Função Física	1823,265	285,487	1	244	6,387	0,012
	Desempenho Físico	4455,344	413,842	1	244	10,766	0,001
	Dor Corporal	4433,112	521,579	1	244	8,499	0,004
	Saúde em Geral	2422,060	294,062	1	244	8,237	0,004
Anos de estudo (classes)	Função Física	598,645	285,487	2	244	2,097	0,125
	Desempenho Físico	968,994	413,842	2	244	2,341	0,098
	Dor Corporal	1031,545	521,579	2	244	1,978	0,141
	Saúde em Geral	763,670	294,062	2	244	2,597	0,077

Efeitos Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p
Regresso ao Ensino × Anos de estudo	Função Física	146,684	285,487	2	244	0,514	0,599
	Desempenho Físico	450,998	413,842	2	244	1,090	0,338
	Dor Corporal	1429,500	521,579	2	244	2,741	0,067
	Saúde em Geral	73,366	294,062	2	244	0,249	0,779
	<i>Modelo Corrigido (FF)</i>	643,598	285,487	5	244	2,254	0,050
	<i>Modelo Corrigido (DF)</i>	1335,431	413,842	5	244	3,227	0,008
	<i>Modelo Corrigido (DC)</i>	2132,231	521,579	5	244	4,088	0,001
	<i>Modelo Corrigido (SG)</i>	845,465	294,062	5	244	2,875	0,015

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Regresso ao ensino (Adulto ou Adolescente); 2) Anos de estudo após o regresso. 1 × 2: Efeito de interação entre os efeitos principais.

Constatamos a ausência de um efeito de interação entre os fatores *regresso aos estudos* (vida adulta ou adolescência) e o *número de anos de estudo* no compósito multivariado das medidas de estado de saúde ($U_{1 \times 2} = 0,045$; $F = 1,399$; $p = 0,194$) porém numa linha menos conservadora este efeito pode ser considerado significativo recorrendo à *Maior Raiz de Roy* ($\lambda_{1 \times 2} = 0,041$; $F = 2,453$; $p = 0,047$).

Quanto ao efeito isolado principal *regresso ao ensino* apresentou efeito estatisticamente significativo sobre o compósito de medidas de saúde físicas ($U_1 = 0,056$; $F = 3,580$; $p = 0,007$). O mesmo já não ocorreu ao nível do efeito principal anos de estudo (classes) durante o regresso ao ensino ($U_2 = 0,047$; $F = 1,450$; $p = 0,173$).

Com recurso a *Análise de Variância Fatorial* a - II fatores (interação) só o índice dor corporal revelou ser marginalmente significativo ($F = 2,741$; $p = 0,067$; $\pi = 0,54$). Apesar deste efeito apresentar uma análise de potência inferior ao recomendado ($\pi_{1-\beta} = 0,8$) o teste de contrastes para efeitos não balanceados permitiu estimar a presença de diferenças significativas de valores médios do índice em análise entre as pessoas que indicaram ter regressado aos estudos, quer na vida adulta quer ainda no período da adolescência quando ambos estudaram entre [1-3] anos

($\hat{\psi} = 12,183; F_{(1,255)} = 8,188; p = 0,005; I. C. 95\% =]3,799; 20,568[$) bem como quando estudaram 5 ou mais anos ($\hat{\psi} = 12,202; F_{(1,255)} = 4,260; p = 0,040; I. C. 95\% =]0,559; 23,844[$) . No entanto, as diferenças não foram significativas entre os grupos quanto à classe de anos de estudo [3-5[anos ($\hat{\psi} = -2,923; F_{(1,255)} = 0,277; p = 0,599; I. C. 95\% =] - 13,854; 8,007[$).

Como referido anteriormente, só o efeito isolado principal *regresso aos estudos* que revelou um efeito significativo. Segundo a Análise de Variância Fatorial a I fator registaram-se diferenças médias significativas entre os grupos (vida adulta ou adolescência) em todos os índices de saúde física ($F_{(função\ física)} = 6,387; p = 0,012; \pi = 0,711; F_{(desempenho\ físico)} = 10,766; p = 0,001; \pi = 0,905; F_{(dor\ corporal)} = 8,499; p = 0,004; \pi = 0,827; F_{(saúde\ em\ geral)} = 8,237; p = 0,004; \pi = 0,816$).

Face ao exposto recorreremos ao teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni* para estimar as diferenças médias. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 218: Comparações múltiplas entre o regresso ao ensino (vida adulta ou adolescência) em função das medidas de estado de saúde física

Medidas de Estado de Saúde Física	Regresso ao ensino	M(EP)	IC 95%	$d_{\bar{x}}$	p-value ^(a)
Função Física	Adulto	90,45(1,54)	87,43-93,48	5,663	0,012
	Adolescência	84,79(1,63)	81,58-88,00		
Desempenho Físico	Adulto	90,57(1,85)	86,93-94,21	8,853	0,001
	Adolescência	81,72(1,96)	77,85-85,59		
Dor Corporal	Adulto	75,41(2,08)	71,32-79,50	8,831	0,004
	Adolescência	66,58(2,21)	62,23-70,92		
Saúde em Geral	Adulto	67,79(1,56)	64,72-70,86	6,527	0,004
	Adolescência	61,26(1,66)	58,00-64,53		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. (b): Ex-fumadores; M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. $d_{\bar{x}}$: Diferença Média.

Como podemos verificar observaram-se diferenças médias significativas entre as pessoas que indicaram ter regressado ao ensino já na vida adulta comparativamente às pessoas que indicaram que esse regresso ainda se concretizara na adolescência. Em média, as pessoas que regressaram ao ensino já na vida adulta apresentam uma melhor perceção de saúde em geral comparativamente ao segundo grupo.

Propusemos também compreender, de forma multivariada, o contributo do efeito, quer combinado quer de forma isolada, das variáveis explicativas na variação da percepção geral do estado de saúde ao nível mental. O quadro seguinte apresenta o *design* fatorial (efeitos combinados e efeitos principais) para posterior aplicação da estatística multivariada.

Quadro 219: *Design* fatorial do regresso ao ensino e o número de anos de estudo ao nível das medidas de estado de saúde mental.

Índices de Saúde	Regresso Ensino	Anos de estudo			Total
		[1-3[anos M±DP	[3-5[anos M±DP	=>5 anos M±DP	
Vitalidade	Adulto	65,16±19,52	68,25±16,27	77,58±10,94	68,98±17,49
	Adolescência	62,20±20,91	61,56±24,01	61,79±18,42	61,93±21,07
	Total	63,72±20,18	65,28±20,21	70,08±16,83	65,65±19,55
Função Social	Adulto	82,66±17,44	79,06±22,18	92,74±10,59	83,93±18,37
	Adolescência	80,30±22,77	82,42±24,15	77,23±20,14	80,15±22,46
	Total	81,51±20,16	80,56±22,97	85,38±17,55	82,14±20,45
Desempenho Emocional	Adulto	89,25±16,62	85,21±21,47	97,58±7,51	89,97±17,25
	Adolescência	86,44±20,64	80,99±24,52	88,39±19,69	85,43±21,54
	Total	87,88±18,66	83,33±22,81	93,22±15,20	87,83±19,49
Saúde Mental	Adulto	75,71±17,58	75,93±19,87	84,52±10,05	77,83±17,21
	Adolescência	70,31±21,73	75,75±18,70	70,71±20,16	71,87±20,56
	Total	73,07±19,82	75,85±19,22	77,97±17,03	75,01±19,06

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão.

Como podemos observar, ao nível dos efeitos combinados, verificamos que as pessoas que regressaram ao ensino já numa fase adulta apresentaram uma percepção geral de saúde ao nível das medidas mentais mais positiva comparativamente às pessoas que ainda teriam regressado ao ensino na fase da adolescência. Essa percepção foi demonstrada em cada uma das classes de anos de frequência de ensino, à exceção do índice *função social* na classe de anos de estudo [3-5[anos. Quanto ao efeito isolado, verificamos que as pessoas que indicaram ter voltado a estudar já numa fase da vida adulta demonstraram uma visão mais positiva da sua saúde comparativamente às pessoas que indicaram ter regressado ao ensino ainda na fase da adolescência.

Por fim, quanto ao efeito isolado *anos de estudo*, também verificamos que as pessoas que estudaram mais anos associado ao regresso ao ensino apresentam também uma melhor percepção de saúde ao nível da *vitalidade* e *bem-estar psicológico* comparativamente às pessoas que estudaram menos anos. Porém, as pessoas que indicaram ter estudado ainda entre [1-3[anos apresentaram melhor índice de função social e desempenho emocional comparativamente às pessoas que teriam estudado entre [3-5[anos.

Face ao exposto, e com recurso à análise de variância multivariada, procuramos avaliar o efeito dos fatores (*regresso ao ensino e número de anos de estudo*) sobre um compósito dos índices de saúde mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 220: Análise de Variância Multivariada do regresso ao ensino (Vida adulta e Adolescência) e anos de estudo sobre as Medidas de Estado de Saúde Mental.

Multivariate Tests								
	<i>Efeitos Principais e Moderação</i>	<i>Traço de Pillay (U)</i>	<i>Maior Raiz de Roy (λ_1)</i>	$p(U)$	$p(\lambda_1)$	$\eta_p^2(U)$	$\eta_p^2(\lambda_1)$	$\pi^{(a)}$
	1)	0,048	0,051	0,017	0,017	0,048	0,048	0,807
	2)	0,060	0,47	0,058	0,025	0,030	0,045	0,797
	1 × 2	0,053	0,037	0,108	0,064	0,026	0,036	0,727
	<i>Intercept</i>	0,959	23,644	<0,0001	<0,0001	0,959	0,959	1,000
Test of Between-Subjects Effects								
Efeitos Principais:	<i>Variáveis Dependentes</i>	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\phi_1^{(b)}$	$\phi_2^{(c)}$	F	p	
Regresso ao Ensino	Vitalidade	4114,484	364,088	1	246	11,301	0,001	
	Função Social	1339,398	407,308	1	246	3,288	0,071	
	Desempenho Emocional	1671,113	367,288	1	246	4,550	0,034	
	Saúde Mental	2388,041	351,600	1	246	6,792	0,010	
Anos de estudo (classes)	Vitalidade	726,682	364,088	2	246	1,996	0,138	
	Função Social	334,113	407,308	2	246	,820	0,442	
	Desempenho Emocional	1576,332	367,288	2	246	4,292	0,015	
	Saúde Mental	464,739	351,600	2	246	1,322	0,269	
Efeitos Interação	<i>Variáveis Dependentes</i>	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\phi_1^{(b)}$	$\phi_2^{(c)}$	F	p	
Regresso ao Ensino × Anos de estudo	Vitalidade	816,803	364,088	2	246	2,243	0,108	
	Função Social	1495,375	407,308	2	246	3,671	0,027	
	Desempenho Emocional	204,396	367,288	2	246	,557	0,574	
	Saúde Mental	754,345	351,600	2	246	2,145	0,119	
	<i>Modelo Corrigido (V)</i>	1270,276	364,088	5	246	3,489	0,005	
	<i>Modelo Corrigido (FS)</i>	951,517	407,308	5	246	2,336	0,043	
	<i>Modelo Corrigido (DE)</i>	993,374	367,288	5	246	2,705	0,021	
	<i>Modelo Corrigido (SM)</i>	941,090	351,600	5	246	2,677	0,022	

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) ϕ_1 : graus de liberdade do fator; (c) ϕ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Regresso ao ensino (Adulto ou Adolescente); 2) Anos de estudo após o regresso. 1 × 2: Efeito de interação entre os efeitos principais.

Constatamos a ausência de efeito de interação significativo entre os fatores *regresso aos estudos* (vida adulta ou adolescência) e o *número de anos de estudo* no compósito multivariado das medidas de estado de saúde ($U_{1 \times 2} = 0,053$; $F = 1,652$; $p = 0,109$), porém numa linha menos conservadora este efeito pode ser considerado marginalmente significativo recorrendo à *Maior Raiz de Roy* ($\lambda_{1 \times 2} = 0,037$; $F = 2,449$; $p = 0,064$).

Quanto ao efeito isolado principal *regresso ao ensino* apresentou efeito estatisticamente significativo sobre o compósito de medidas de saúde mental ($U_1 = 0,048$; $F = 3,092$; $p = 0,017$). O mesmo ocorreu ao nível do efeito principal *anos de estudo* (classes) durante o *regresso ao ensino* apesar de ser marginalmente significativo pela estatística multivariada de *Traço de Pillay* ($U_2 = 0,060$; $F = 1,450$; $p = 0,173$) mas que segundo a estatística multivariada de *Maior Raiz de Roy* ($\lambda_2 = 0,047$; $F = 2,846$; $p = 0,025$) assumiu-se um efeito significativo.

Com recurso a Análise de Variância Fatorial a II fatores, constatamos o efeito de interação ao nível do índice *função social* ($F = 3,671$; $p = 0,027$; $\pi = 0,672$). Na aplicação da estatística de testes dos contrastes para efeitos não balanceados constatamos a presença de diferenças significativas

de valores médios do índice em análise entre as pessoas que indicaram ter regressado aos estudos, quer na vida adulta quer ainda no período da adolescência, quando ambos estudaram 5 ou mais anos ($\hat{\psi} = 10,268; F_{(1,255)} = 3,922; p = 0,049; I.C. 95\% =]0,058; 20,478[$). Contudo, não se registaram diferenças médias significativas entre as restantes classes de anos de estudo ($\hat{\psi}_{[1-3[} = 1,518; F_{(1,255)} = 0,165; p = 0,685; I.C. 95\% =] - 5,835; 8,871[$; $\hat{\psi}_{[1-3[} = -3,134; F_{(1,255)} = 0,415; p = 0,520; I.C. 95\% =] - 12,720; 6,451[$). Quanto ao efeito principal isolado *regresso ao ensino*, este revelou um efeito multivariado e significativo nos índices vitalidade ($F = 11,301; p = 0,001; \pi = 0,918$), desempenho emocional ($F = 4,550; p = 0,034; \pi = 0,570$), e saúde mental ($F = 6,792; p = 0,010; \pi = 0,740$) e marginalmente significativo, mas com uma potência de teste bastante inferior ao recomendado ($F = 3,288; p = 0,071; \pi = 0,440$) na função social. Face ao exposto recorremos ao *teste de comparações múltiplas ajustado Bonferroni* para estimar as diferenças médias. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 221: Comparações múltiplas entre o regresso ao ensino (vida adulta ou adolescência) em função das medidas de estado de saúde mental

Medidas de Estado de Saúde Física	Regresso ao ensino	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Vitalidade	Adulto	70,33(1,72)	66,94-73,72	8,480	0,001
	Adolescência	61,85(1,84)	58,22-65,48		
Função Social	Adulto	84,82(1,82)	81,23-88,41	4,838	0,071
	Adolescência	79,98(1,95)	76,15-83,82		
Desempenho Emocional	Adulto	90,68(1,73)	87,27-94,09	5,404	0,034
	Adolescência	85,27(1,85)	81,63-88,92		
Saúde Mental	Adulto	78,72(1,69)	75,38-82,05	6,460	0,010
	Adolescência	72,26(1,81)	68,69-75,82		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. (b) Ex-fumadores; M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

384

Como podemos observar, em média, as pessoas que regressaram ao ensino já em adultos apresentaram uma perceção de saúde ao nível mental significativamente superior face às pessoas que indicaram que o seu regresso ainda fora no período da adolescência. Por fim, o efeito principal isolado anos de estudo (classes) só revelou um efeito significativo no índice desempenho emocional ($F = 4,292; p = 0,015; \pi = 0,744$). Face ao exposto recorremos ao *teste de comparações múltiplas ajustado Bonferroni* para estimar as diferenças médias. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 222: Comparações múltiplas entre número de anos de estudo (classes) em função das medidas de estado de saúde mental

Medidas de Estado de Saúde Mental	Anos de estudo	M(EP)	IC 95%	Anos de estudo	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Vitalidade	[1-3[anos	63,68(1,74)	60,26-67,10	[3-5[anos	64,91(2,26)	60,45-69,36	-1,224	1,000
	[3-5[anos	64,91(2,26)		=>5 anos	69,68(2,49)	64,78-74,58	-6,001	0,147
Função Social	[1-3[anos	81,48(1,84)	77,86-85,09	[1-3[anos	80,74(2,39)	76,03-85,46	0,737	1,000
	[3-5[anos	80,74(2,39)		=>5 anos	84,99(2,63)	79,81-90,17	-3,508	0,826
Desempenho Emocional	[1-3[anos	87,84(1,74)	84,41-91,28	[1-3[anos	83,10(2,27)	78,62-87,58	4,745	0,296
	[3-5[anos	83,10(2,27)		=>5 anos	92,99(2,50)	88,07-97,91	-5,143	0,278
Saúde Mental	[1-3[anos	73,01(1,71)	69,65-76,37	[1-3[anos	75,84(2,22)	71,46-80,22	-2,830	0,940
	[3-5[anos	75,84(2,22)		=>5 anos	77,62(2,44)	72,80-82,43	-4,608	0,370
							-1,778	1,000

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Como podemos observar no quadro anterior, as pessoas que indicaram ter estudado 5 ou mais anos, durante o regresso ao ensino, apresentaram significativamente melhor condição de saúde ao nível do desempenho emocional face às pessoas que teriam estudado entre 3 e os 5 anos exclusive. Padrão semelhante ocorreu entre as pessoas que estudaram 5 ou mais anos comparativamente às pessoas que estudaram entre 1 e 3 anos exclusive, apesar das diferenças médias não serem significativas.

Das pessoas que indicaram ter regressado aos estudos, procuramos avaliar, de forma geral e multivariada, o impacto na perceção do estado de saúde (física e mental) quando as pessoas iniciaram a atividade laboral e se o regresso ao ensino se realizara no período da adolescência ou já na vida adulta. O quadro seguinte apresenta o *design* fatorial (efeitos combinados e efeitos principais) para posterior aplicação da estatística multivariada ao nível das medidas de estado de saúde físicas.

Quadro 223: *Design* fatorial Regresso ao ensino e idade de início de atividade laboral ao nível das medidas de estado de saúde física.

Índices de Saúde	Regresso Ensino	Início de Atividade Laboral			Total
		< 13 anos M±DP	[13-16] anos M±DP	≥ 16 anos M±DP	
Função Física	Adulto	88,75±12,75	88,21±17,37	91,88±9,73	90,50±12,28
	Adolescência	75,54±23,86	87,84±14,41	94,55±7,06	85,57±18,26
	Total	78,47±22,42	87,93±15,05	92,96±8,77	87,44±16,39
Desempenho Físico	Adulto	77,78±33,09	94,64±10,07	88,71±20,94	88,43±21,63
	Adolescência	73,71±29,57	83,45±23,07	94,38±11,81	82,70±24,59
	Total	74,67±30,02	86,52±20,86	90,93±18,00	84,91±23,58
Dor Corporal	Adulto	73,40±28,41	78,13±27,41	74,75±16,72	75,40±21,80
	Adolescência	60,31±25,91	70,22±21,39	75,90±20,86	68,20±23,43
	Total	63,67±26,82	72,50±23,28	75,19±18,23	71,07±22,99
Saúde Geral	Adulto	53,40±26,50	68,67±16,07	70,94±17,23	67,20±19,64
	Adolescência	59,62±21,65	59,32±17,69	65,32±16,05	60,92±18,68
	Total	58,03±22,79	62,02±17,61	68,60±16,82	63,36±19,24

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão.

Quanto ao efeito combinado dos fatores principais constatamos que as pessoas que regressaram aos estudos, já na vida adulta, mas que iniciaram a sua atividade laboral com menos de 13 anos apresentaram, em média, melhor perceção de saúde ao nível físico comparativamente às pessoas que teriam regressado, ainda na adolescência, à exceção do índice *saúde em geral*. Padrão semelhante ocorreu entre os 13 e os 15 anos de idade na totalidade dos índices. Quanto às pessoas que se iniciaram a trabalhar com 16 anos ou mais e que regressaram aos estudos, ainda nessa fase da adolescência apresentaram uma melhor condição de saúde ao nível da função e desempenho físico e menor impacto da dor corporal mas pior perceção de saúde em geral.

Quanto ao efeito isolado “*regresso ao ensino*” verificamos que as pessoas que regressaram, na vida adulta, ao ensino percebem, no momento presente, uma melhor perceção de saúde comparativamente às pessoas que regressaram ainda no período da adolescência.

Por fim, quanto ao efeito isolado *idade de início de atividade laboral* com 16 anos ou mais de idade tendem a ter uma visão mais positiva da saúde ao nível físico comparativamente aos grupos que iniciaram a atividade laboral mais cedo.

Face ao exposto, e com recurso à análise de variância multivariada, procuramos avaliar o efeito dos fatores (*regresso ao ensino e idade de início de atividade laboral*) sobre um compósito da função e desempenho físico, dor corporal e saúde em geral. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 224: Análise de Variância Multivariada do Regresso ao ensino e idade de início de atividade laboral ao nível das medidas de estado de saúde física.

Multivariate Tests								
	Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	$p(U)$	$p(\lambda_1)$	$\eta_p^2(U)$	$\eta_p^2(\lambda_1)$	$\pi^{(a)}$
	1)	0,075	0,082	0,044	0,044	0,075	0,075	0,703
	2)	0,076	0,062	0,279	0,110	0,038	0,058	0,566
	1 × 2	0,116	0,098	0,058	0,019	0,058	0,089	0,795
	Intercept	0,966	28,445	<0,0001	<0,0001	0,966	0,966	1,000
Test of Between-Subjects Effects								
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p	
Regresso ao Ensino	Função Física	959,937	219,450	1	127	4,374	0,038	
	Desempenho Físico	2092,391	453,993	1	127	4,609	0,034	
	Dor Corporal	4166,795	436,796	1	127	9,539	0,002	
	Saúde em Geral	1303,345	321,746	1	127	4,051	0,046	
Idade de início de atividade laboral (classes)	Função Física	729,618	219,450	2	127	3,325	0,039	
	Desempenho Físico	551,062	453,993	2	127	1,214	0,300	
	Dor Corporal	422,267	436,796	2	127	0,967	0,383	
	Saúde em Geral	467,333	321,746	2	127	1,452	0,238	
Efeitos Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	P	
Regresso ao Ensino × Idade de início de atividade laboral (classes)	Função Física	750,252	219,450	2	127	3,419	0,036	
	Desempenho Físico	1333,979	453,993	2	127	2,938	0,057	
	Dor Corporal	998,175	436,796	2	127	2,285	0,106	
	Saúde em Geral	250,762	321,746	2	127	0,779	0,461	
	Modelo Corrigido (FF)	1274,323	219,450	5	127	5,807	<0,0001	
	Modelo Corrigido (DF)	1554,702	453,993	5	127	3,425	0,006	
	Modelo Corrigido (DC)	1547,726	436,796	5	127	3,543	0,005	
	Modelo Corrigido (SG)	847,828	321,746	5	127	2,635	0,027	

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Regresso ao ensino (Adulto ou Adolescente); 2) Idade de Início de Atividade Laboral. 1 × 2: Efeito de interação entre os efeitos principais.

Constatamos a presença do efeito de interação marginalmente significativo entre os fatores *regresso aos estudos* (vida adulta ou adolescência) e a *idade de início de atividade laboral* no compósito multivariado das medidas de estado de saúde ($U_{1 \times 2} = 0,116$; $F = 1,918$; $p = 0,058$) mas com a estatística multivariada da *Maior Raiz de Roy* podemos afirmar a presença de um efeito combinado estatisticamente significativo ($\lambda_{1 \times 2} = 0,098$; $F = 3,069$; $p = 0,019$; $\pi = 0,796$).

Quanto ao efeito isolado principal *regresso ao ensino* apresentou efeito estatisticamente significativo sobre o compósito de medidas de saúde físicas ($U_1 = 0,075$; $F = 2,529$; $p = 0,044$). O mesmo já não ocorreu ao nível do efeito principal *idade de início de atividade laboral* (classes) ($U_2 = 0,076$; $F = 1,233$; $p = 0,279$).

Podemos verificar ao nível da potência de teste com a aplicação da MANOVA que os efeitos de interação e o efeito principal (isolado) apresentaram valores de potência bastante razoáveis e que estão de acordo com a literatura ($\pi_{1-\beta} \cong 0,8$).

Para avaliarmos os efeitos multivariados significativos nos fatores, quer por interação quer isoladamente, recorreremos às análises de variâncias fatoriais para cada uma das variáveis dependentes das Medidas de Estado de Saúde Físicas (MESF).

Quanto ao *efeito de interação* entre os efeitos principais, não se observaram diferenças médias significativas ao nível do índice de *saúde em geral* ($F_{(2;127)} = 0,779; p = 0,461; \pi = 0,180$). No entanto, constatamos um *efeito de interação* estatisticamente significativo com impacto no índice função física ($F_{(2;542)} = 9,599; p < 0,0001; \pi = 0,981$), e marginalmente significativo quanto ao *desempenho físico* ($F_{(2;127)} = 2,938; p = 0,057; \pi = 0,600$) e índice *dor corporal* ($F_{(2;127)} = 2,285; p = 0,106; \pi = 0,500$).

Para avaliar as diferenças entre o regresso ao ensino (adulto ou adolescente) em função da idade de início de atividade recorreremos aos *testes de contraste para efeitos não balanceados* nos índices *função e desempenho físico e dor corporal*.

Tendo em conta o efeito combinado ao nível da *função física* constatamos a presença de diferenças médias significativas entre os grupos de pessoas que indicaram ter regressado ao ensino já na vida adulta comparativamente às pessoas que ainda regressaram ao ensino no período da adolescência apesar de ambos os grupos terem iniciado o trabalho com menos de 13 anos ($\hat{\psi} = 13,214; F_{(1;134)} = 4,610; p = 0,034; I. C. 95\% =]1,041; 25,387[$). As pessoas que iniciaram a atividade laboral com menos de 13 anos mas que regressaram aos estudos já em adultos apresentaram uma perceção de saúde ao nível físico melhor comparativamente às pessoas que regressaram ao ensino ainda na adolescência. No entanto, as pessoas que indicaram ter iniciado a atividade laboral entre os [13-16[anos e com 16 anos ou mais já não se diferenciaram, em média, do nível do índice em estudo ($\hat{\psi}_{([13-16[\text{ anos})} = 0,367; F_{(1;134)} = 0,006; p = 0,941; I. C. 95\% =] - 9,423; 10,157[$; ($\hat{\psi}_{(\geq 16 \text{ anos})} = -2,670; F_{(1;134)} = 0,394; p = 0,531; I. C. 95\% =] - 11,081; 5,739[$).

Quanto ao efeito combinado ao nível do *desempenho físico* constatamos a presença de diferenças médias marginalmente significativas entre os grupos de pessoas que indicaram ter regressado ao ensino já na vida adulta comparativamente às pessoas que ainda regressaram ao ensino no período da adolescência apesar de ambos os grupos terem iniciado a trabalhar com [13-16[anos ($\hat{\psi} = 11,197; F_{(1;1134)} = 2,454; p = 0,120; I. C. 95\% =] - 2,939; 25,333[$). As pessoas que iniciaram a atividade laboral com [13-16[anos, mas que regressaram aos estudos já em adulto, apresentaram uma perceção de saúde mais positiva ao nível do desempenho físico comparativamente às pessoas que regressaram ao ensino ainda na adolescência. No entanto, as pessoas que indicaram ter

iniciado a atividade laboral com <13 anos e com 16 anos ou mais já não se diferenciaram, em média, do nível do índice em estudo ($\hat{\psi}_{(<13 \text{ anos})} = 4,071; F_{(1,134)} = 0,219; p = 0,278; I.C. 95\% =] - 13,119; 21,261[; (\hat{\psi}_{(\geq 16 \text{ anos})} = -5,665; F_{(1,134)} = 0,752; p = 0,387; I.C. 95\% =] - 18,586; 7,255[$).

Tendo em conta o efeito combinado ao nível da *dor corporal* constatamos a presença de diferenças médias marginalmente significativas entre os grupos de pessoas que indicaram ter regressado ao ensino já na vida adulta comparativamente às pessoas que ainda regressaram ao ensino no período da adolescência apesar de ambos os grupos terem iniciado o trabalho com menos de 13 anos ($\hat{\psi} = 13,090; F_{(1,137)} = 2,494; p = 0,117; I.C. 95\% =] - 3,299; 29,479[$). As pessoas que nesta idade ingressaram no mercado de trabalho mas que regressaram aos estudos já em adultos apresentaram um menor impacto da dor corporal comparativamente às pessoas que regressaram ainda na adolescência. Porém, as diferenças já não foram estatisticamente significativas entre estes grupos em função da idade de início de atividade laboral ($\hat{\psi}_{([13-16] \text{ anos})} = 7,917; F_{(1,137)} = 1,310; p = 0,254; I.C. 95\% =] - 5,762; 21,597[; (\hat{\psi}_{(\geq 16 \text{ anos})} = -1,150; F_{(1,137)} = 0,032; p = 0,859; I.C. 95\% =] - 13,889; 11,589[$).

Com recurso ao *Análise de Variância Fatorial* e quanto ao efeito isolado principal “*regresso ao ensino*” verificamos efeitos estatisticamente significativos nos diferentes índices de saúde (*Função Física*: $F_{(1,127)} = 4,375; p = 0,038; \pi = 0,600$; *Desempenho físico*: $F_{(1,127)} = 4,609; p = 0,034; \pi = 0,600$; *Dor Corporal*: $F_{(1,127)} = 9,539; p = 0,002; \pi = 0,865$; *Saúde Geral*: $F_{(1,127)} = 4,051; p = 0,046; \pi = 0,515$). O quadro seguinte apresenta a comparação dos grupos segundo os vários índices de saúde:

Quadro 225: Comparações múltiplas do Regresso ao Ensino em função das medidas de estado de saúde física.

Medidas de Estado de Saúde Física	Regresso ao ensino	M(EP)	I.C. 95%	d_x	p-value ^(a)
Função Física	Adulto	92,54(2,52)	87,56-97,51	6,323	0,038
	Adolescente	86,21(1,68)	82,89-89,53		
Desempenho Físico	Adulto	93,51(3,62)	86,35-90,67	9,336	0,034
	Adolescente	84,17(2,41)	79,40-88,94		
Dor Corporal	Adulto	81,79(3,55)	74,77-88,81	13,175	0,002
	Adolescente	68,62(2,37)	63,93-73,30		
Saúde em Geral	Adulto	69,76(3,05)	63,74-75,79	7,368	0,046
	Adolescente	62,39(2,03)	58,38-66,41		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Com recurso ao *teste de comparações múltiplas ajustado Bonferroni*, podemos comprovar com os resultados anteriormente apresentados, que as pessoas que indicaram ter regressado ao ensino já em adultos tendem a apresentar de forma significativa uma melhor condição de saúde ao nível das várias medidas de saúde, no momento presente, comparativamente às pessoas que indicaram ter regressado na sua adolescência.

Por fim, apesar de não se observar um efeito multivariado significativo quanto ao efeito isolado principal “*idade de início de atividade laboral*”, verificamos com recurso à *Análise de Variância*

Fatorial um efeito estatisticamente significativo só no índice de *função física* ($F_{(2;127)} = 3,325; p = 0,039; \pi = 0,620$).

Com recurso ao *teste de comparações múltiplas Bonferroni*, verificamos que em média as pessoas que iniciaram mais cedo a atividade laboral ($\bar{x} = 84,196; EP_{\bar{x}} = 3,130; IC95\% [78,0 - 90,390]$) apresentaram pior condição de saúde comparativamente às pessoas que iniciaram a atividade com idade de 16 anos ou mais ($\bar{x} = 93,965; EP_{\bar{x}} = 2,172; IC95\% [89,668 - 98,262]$) e essa diferença foi estatisticamente significativa ($d_{\bar{x}} = -9,768; p = 0,035$).

No entanto não se registaram diferenças médias significativas entre as pessoas que teriam iniciado o trabalho com menos de 13 anos comparativamente às pessoas que iniciaram entre os 13 e os 15 anos ($p > 0,05$).

O quadro seguinte apresenta o *design* fatorial (efeitos combinados e efeitos principais) para posterior aplicação da estatística multivariada ao nível das medidas de estado de saúde mentais.

Quadro 226: *Design* fatorial Regresso ao ensino e idade de início de atividade laboral ao nível das medidas de estado de saúde mental

Índices de Saúde	Regresso Ensino	Início de Atividade Laboral			Total
		< 13 anos	[13-16] anos	≥ 16 anos	
		M±DP	M±DP	M±DP	
Vitalidade	Adulto	63,50±20,69	72,33±19,26	69,53±20,33	69,21±19,97
	Adolescência	59,66±22,91	62,57±21,36	72,95±16,38	64,20±21,21
	Total	60,64±22,16	65,38±21,07	70,93±18,74	66,17±20,81
Função Social	Adulto	72,50±26,87	88,33±19,75	86,72±15,86	84,65±19,63
	Adolescência	78,88±25,25	78,72±22,99	90,48±15,26	81,61±22,54
	Total	77,24±25,47	81,49±22,35	88,21±15,58	82,81±21,42
Desempenho Emocional	Adulto	77,50±33,80	96,43±9,08	89,84±16,36	89,29±19,89
	Adolescência	85,06±23,19	85,36±20,92	94,44±13,00	87,45±20,33
	Total	83,12±26,04	88,40±19,01	91,67±15,16	88,17±20,11
Saúde Mental	Adulto	65,60±27,27	86,93±9,74	78,13±19,28	78,25±19,94
	Adolescência	70,14±24,88	72,00±20,66	80,36±15,01	73,52±21,09
	Total	68,95±25,24	76,31±19,34	79,04±17,55	75,39±20,70

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão.

Segundo as estimativas médias observadas no quadro anterior quanto aos efeitos combinados, constatamos que as pessoas que iniciaram a atividade laboral com menos de 13 anos mas que regressaram em adultos ao ensino apresentaram, em média, no momento presente, maior vitalidade comparativamente às pessoas que regressaram ainda no período da adolescência. Porém, as pessoas que regressaram ao ensino já na vida adulta e que iniciaram a atividade laboral com menos de 13 anos de idade apresentam, na actualidade, menor função social, desempenho emocional e bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que indicaram ter regressado ainda no período da adolescência.

No entanto, as pessoas que iniciaram a sua atividade laboral entre os 13 e os 15 anos inclusive, mas que regressaram aos estudos já na vida adulta, percebem melhor condição de saúde em todos os índices comparativamente às pessoas que regressaram ainda no período da adolescência.

Porém, sentido inverso ocorreu no grupo de pessoas que indicaram ter iniciado a sua atividade laboral com 16 ou mais anos de idade.

À semelhança das medidas de saúde física, quanto ao efeito principal *regresso ao ensino*, verificamos que as pessoas que o fizeram já em adultos apresentam melhor percepção de saúde em todos os índices comparativamente às pessoas que teriam regressado ainda no período da adolescência.

Quanto ao fator principal *idade de início de atividade laboral* também constatamos que as pessoas que iniciaram a sua atividade laboral mais cedo demonstram pior percepção de saúde no momento presente comparativamente às pessoas que iniciaram a atividade laboral mais tarde.

Face ao exposto, e com recurso à análise de variância multivariada, procuramos avaliar o efeito dos fatores (*regresso ao ensino e idade de início de atividade laboral*) sobre um compósito de medidas de estado de saúde mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 227: Análise de Variância Multivariada do Regresso ao ensino e idade de início de atividade laboral ao nível das medidas de estado de saúde mental.

Multivariate Tests								
	Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_i)	$p(U)$	$p(\lambda_i)$	$\eta_p^2(U)$	$\eta_p^2(\lambda_i)$	$\pi^{(a)}$
	1)	0,018	0,018	0,671	0,671	0,018	0,018	0,191
	2)	0,090	0,073	0,136	0,05	0,045	0,068	0,691
	1 × 2	0,084	0,076	0,176	0,044	0,042	0,070	0,651
	Intercept	0,953	20,268	<0,0001	<0,0001	0,953	0,953	1,000

Test of Between-Subjects Effects									
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\phi_1^{(b)}$	$\phi_2^{(c)}$	F	p		
Regresso ao Ensino	Vitalidade	347,120	430,316	1	135	0,807	0,371		
	Função social	3,268	451,981	1	135	0,007	0,932		
	Desempenho emocional	57,713	377,940	1	135	0,153	0,697		
	Saúde Mental	160,946	406,340	1	135	0,396	0,530		
Idade de início de atividade laboral (classes)	Vitalidade	854,318	430,316	2	135	1,985	0,141		
	Função social	1467,371	451,981	2	135	3,247	0,042		
	Desempenho emocional	1269,650	377,940	2	135	3,359	0,038		
	Saúde Mental	1561,703	406,340	2	135	3,843	0,024		
Efeitos Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\phi_1^{(b)}$	$\phi_2^{(c)}$	F	p		
	Regresso ao Ensino × Idade de início de atividade laboral	Vitalidade	420,998	430,316	2	135	0,978	0,379	
	Função social	614,585	451,981	2	135	1,360	0,260		
	Desempenho emocional	1155,850	377,940	2	135	3,058	0,050		
Saúde Mental	1214,037	406,340	2	135	2,988	0,054			
	Modelo Corrigido (V)	694,313	430,316	5	135	1,613	0,161		
	Modelo Corrigido (FS)	782,320	451,981	5	135	1,731	0,132		
	Modelo Corrigido (DE)	803,304	377,940	5	135	2,125	0,066		
	Modelo Corrigido (SM)	1019,753	406,340	5	135	2,510	0,033		

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) ϕ_1 : graus de liberdade do fator; (c) ϕ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Regresso ao ensino (Adulto ou Adolescente); 2) Idade de Início de Atividade Laboral. 1 × 2: Efeito de interação entre os efeitos principais.

Constatamos a ausência de um efeito de interação significativo entre os fatores *regresso aos estudos* (vida adulta ou adolescência) e a *idade de início de atividade laboral* no compósito multivariado das medidas de estado de saúde ($U_{1 \times 2} = 0,084$; $F = 1,451$; $p = 0,176$) mas com a estatística multivariada da *Maior Raiz de Roy* podemos afirmar a presença de um efeito combinado estatisticamente significativo ($\lambda_{1 \times 2} = 0,076$; $F = 2,518$; $p = 0,044$; $\pi = 0,702$).

Quanto ao efeito isolado principal *regresso ao ensino* este não apresentou efeito significativo sobre o compósito de medidas de saúde mental ($U_1 = 0,018$; $F = 0,589$; $p = 0,671$). Quanto ao nível do efeito principal *idade de início de atividade laboral* (classes) este também não revelou um efeito estatisticamente significativo ($U_2 = 0,090$; $F = 1,563$; $p = 0,136$). Mas, numa linha menos conservadora, com a estatística multivariada da *Maior Raiz de Roy* podemos afirmar a presença de um efeito estatisticamente significativo ($\lambda_2 = 0,073$; $F = 2,433$; $p = 0,050$; $\pi = 0,70$).

Podemos verificar ao nível da potência de teste com a aplicação da MANOVA que os efeitos de interação e o efeito principal (*idade de início de atividade laboral*) apresentaram valores de potência razoáveis ($\pi \geq 0,7$).

Para avaliarmos os efeitos multivariados significativos nos fatores, quer por interação quer isoladamente, recorreremos às análises de variâncias fatoriais para cada uma das variáveis dependentes das Medidas de Estado de Saúde Mentais (MESM).

Quanto ao *efeito de interação* entre os efeitos principais, não se observaram diferenças médias significativas ao nível do índice de *vitalidade* ($F_{(2,135)} = 0,978$; $p = 0,379$; $\pi = 0,217$) e *função social* ($F_{(2,135)} = 1,360$; $p = 0,260$; $\pi = 0,289$). No entanto, constatamos um *efeito de interação* estatisticamente significativo com impacto nos índices *desempenho emocional* ($F_{(2,135)} = 3,058$; $p = 0,050$; $\pi = 0,600$) e *saúde mental* ($F_{(2,135)} = 2,988$; $p = 0,054$; $\pi = 0,572$).

Para avaliar as diferenças entre o *regresso ao ensino* (adulto ou adolescente) em função da *idade de início de atividade* recorreremos aos *testes de contraste para efeitos não balanceados* nos índices de *desempenho emocional* e *saúde mental*.

Ao nível do *desempenho emocional* só se verificaram diferenças médias marginalmente significativas entre os grupos de pessoas que indicaram terem regressado ao ensino já na vida adulta comparativamente às pessoas que ainda regressaram ao ensino no período da adolescência quando as pessoas indicaram ter iniciado a atividade laboral com idades entre os [13-16[anos ($\hat{\psi} = 11,068$; $F_{(1,137)} = 3,166$; $p = 0,077$; $I.C. 95\% =] - 1,232; 23,368$) e ainda com idades iguais ou superior as 16 anos ($\hat{\psi} = -5,421$; $F_{(1,552)} = 3,843$; $p = 0,05$; $I.C. 95\% =] - 10,853; 0,011$). Podemos afirmar que as pessoas que regressaram aos estudo já na vida adulta apresentaram melhor perceção de saúde ao nível emocional comparativamente às pessoas que ainda regressaram na adolescência apesar de ambos os grupos terem iniciado o trabalho entre os 13 e os 15 anos de idade.

As pessoas que iniciaram o trabalho com 16 ou mais anos de idade e as pessoas que iniciaram a atividade laboral com menos de 13 anos não registaram diferenças significativas com as pessoas que teriam regressado em adulto ou na adolescência ao nível do índice em estudo

$(\hat{\psi}_{\geq 16 \text{ anos}} = -4,601; F_{(1,137)} = 0,683; p = 0,410; I.C. 95\% =] - 15,609; 6,408[; (\hat{\psi}_{< 13 \text{ anos}} = -7,557; F_{(1,137)} = 1,081; p = 0,300; I.C. 95\% =] - 21,933; 6,818[).$

Por fim, ao nível da saúde mental, constatamos que só se observaram diferenças médias entre as pessoas adultas que regressaram ao ensino comparativamente às pessoas que regressaram ao ensino ainda em adolescentes quando iniciaram a atividade laboral entre os 13 e os 15 anos ($\hat{\psi} = 14,933; F_{(1,138)} = 5,829; p = 0,017; I.C. 95\% =]2,703; 27,164[$). No entanto, também as pessoas que iniciaram o trabalho com 16 ou mais anos de idade e as pessoas que iniciaram a atividade laboral com menos de 13 anos não registaram diferenças significativas com as pessoas que teriam regressado em adultos ou na adolescência ao nível do índice em estudo ($\hat{\psi}_{\geq 16 \text{ anos}} = -2,239; F_{(1,138)} = 0,160; p = 0,690; I.C. 95\% =] - 13,305; 8,828[; (\hat{\psi}_{< 13 \text{ anos}} = -4,543; F_{(1,138)} = 0,372; p = 0,543; I.C. 95\% =] - 19,263; 10,177[$).

Por fim, quanto ao efeito isolado principal “idade de início de atividade laboral” constatamos também, segundo a Análise de Variância Fatorial efeitos estatisticamente significativos em todos os índices de saúde (função social: $F_{(2,135)} = 3,247; p = 0,042; \pi = 0,610$; Desempenho Emocional: $F_{(2,135)} = 3,359; p = 0,038; \pi = 0,626$; Saúde Mental: $F_{(2,135)} = 3,843; p = 0,024; \pi = 0,689$). Com recurso ao teste de comparações múltiplas ajustado Bonferroni, procuramos verificar as diferenças entre os grupos em estudo. Vejamos o quadro seguinte:

392

Constatamos mais uma vez que as pessoas com início de atividade laboral com menos de 13 anos apresentaram, em média, significativamente pior perceção de saúde no momento presente em quase todos os índices comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado a atividade laboral com 16 anos de idade ou mais (função social: $d_{\bar{x}} = -12,600; p = 0,036$; Desempenho emocional: $d_{\bar{x}} = -11,499; p = 0,037$; Saúde mental: $d_{\bar{x}} = -11,991; p = 0,035$).

Quadro 228: Comparações múltiplas idade de início da atividade laboral em função das medidas de estado de saúde mental

Medidas de Estado de Físicas	Idade (Classes)	Idade de início da atividade laboral	
		M(EP)	IC 95%
Vitalidade	< 13 anos	61,39(3,82)	53,84-68,95
	[13-16] anos	67,18(3,25)	60,74-73,61
	≥ 16 anos	71,02(2,96)	65,17-76,86
Função Social	< 13 anos	75,76(3,92)	68,01-83,50
	[13-16] anos	83,11(3,34)	76,51-89,70
	≥ 16 anos	88,36(3,03)	82,37-94,35
Desempenho emocional	< 13 anos	81,76(3,58)	74,67-88,84
	[13-16] anos	90,89(3,05)	84,86-96,93
	≥ 16 anos	93,26(2,77)	87,78-98,73
Saúde Mental	< 13 anos	67,87(3,71)	60,53-75,21
	[13-16] anos	79,57(3,16)	73,32-85,83
	≥ 16 anos	79,86(2,87)	74,18-85,54

Legenda: M(EP): Média (Erro Padrão da Média); I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média.

Também as pessoas que iniciaram a atividade laboral mais cedo (<13 anos) apresentaram, em média, pior condição de saúde ao nível do bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que teriam iniciado entre os 13 e os 15 anos de idade ($d_{\bar{x}} = -11,700; p = 0,053$).

No que diz respeito às pessoas que indicaram terem iniciado o trabalho entre os [13-16] anos revelaram um padrão médio semelhante de perceção de saúde ao nível mental comparativamente às pessoas que teriam iniciado a sua atividade com uma idade mais avançada durante a adolescência.

2.4.2.2 PREDITORES DE SAÚDE – INDICADORES DE CONTEXTO

2.4.2.2.1 – INTRODUÇÃO AO MODELO

Propusemos avaliar o impacto dos diferentes *indicadores de contexto* do âmbito da adolescência anteriormente apresentados de forma univariada e multivariada na predição de “*Perceção Geral de Saúde*” quer ao nível Físico quer ao nível Mental (variáveis critério).

A eleição dos diferentes indicadores para a estimativa de um perfil de saúde resultou do impacto individual de cada um, de forma tendencialmente significativa, na primeira fase da investigação. As *variáveis critério* (dependentes) aplicadas a um *modelo de predição* (dependência) foram as Medidas de Estado de Saúde Física e Mental (MESF e MESM). O modelo de análise multivariado aplicado foi *Modelo de Regressão Linear Múltiplo Hierárquico* (MRLMH).

Determinadas variáveis predictoras classificadas como qualitativas (dicotómicas) tiveram que ser transformadas em variáveis *ativas* (1) e *dummies* (0). As variáveis que resultaram nessa mesma transformação foram: *Integrado religiosamente* - Sim (1) e Não (0); *Atividade Associativa* – Sim (1), Não (0); *Tipo de Atividade Laboral* – Tempo Integral (1), Período Sazonal (0); *Atividade Doméstica* – Não (0) e Sim (1); *Regressou ao ensino* – Não (0) e Sim (1); *Fase da vida* (regresso ao ensino) – Adulto (1) e Adolescência (0).

2.4.2.2.2 – MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E INDICADORES DE CONTEXTO

Propusemos avaliar hierarquicamente a variação explicada da percepção geral de saúde ao nível físico segundo os indicadores de contexto referentes ao período da adolescência (Quadro 229).

Constatamos que as características religiosas (*estar integrado religiosamente na adolescência e participação em atividades religiosas*) explicam 1,3% da percepção de saúde ao nível da *função física* ($p=0,047$), 3,3% ao nível do *desempenho físico* ($p<0,0001$), 6,6% do impacto da *dor corporal* ($p<0,0001$) e 2,9% da *saúde em geral* ($p=0,029$). Quando adicionado o número de atividades de participação em período de lazer e participação em atividades associativas observou-se um acréscimo do poder explicativo em todos os índices de saúde (*função física*: 20,9%; $p<0,0001$; *desempenho físico*: 9,6%; $p<0,0001$; *dor corporal*: 5,9%; $p<0,0001$; *saúde em geral*: 13,3%; $p<0,0001$).

Quando adicionamos ao modelo hierárquico (*Modelo - 3*) a participação dos inquiridos em atividades laborais (*idade de início da atividade laboral, tipo de atividade quanto ao tempo*⁴² e *atividades domésticas*) e o seu impacto na perceção de saúde ao nível físico, esses indicadores revelaram um acréscimo de variabilidade significativo nos diferentes índices (função física: 6,5%; $p < 0,0001$; desempenho físico: 4,4%; $p < 0,0001$; dor corporal: 2,5%; $p = 0,003$; saúde em geral: 6,3%; $p < 0,0001$).

Por fim, quando acrescentamos os indicadores relacionados com a atividade escolar (*idade em que abandonaram o ensino, se regressaram novamente aos estudos e a fase da vida em que esse regresso ocorrerá*⁴³) estes só apresentaram impacto estatisticamente significativo na variabilidade média do índice *desempenho físico* em 1,8% ($p = 0,016$) e de forma marginal 1,1% ($p = 0,069$) ao nível da *função física*.

De forma geral, os 4 modelos de fatores hierarquizados predizem 28,2% da variação do índice de função física ($p < 0,0001$), 17,4% do desempenho físico ($p < 0,0001$), 14,2% do impacto da dor corporal ($p < 0,0001$) e 21,5% da saúde em geral ($p < 0,0001$).

No conjunto dos indicadores que maior impacto na variação explicada da *função física* apresentaram foram a *frequência de atividades de lazer* ($\beta = 0,347$; $p < 0,0001$) que os nossos inquiridos manifestaram no período da adolescência, bem como a idade em que iniciaram a atividade laboral nesta fase da vida ($\beta = 0,205$; $p < 0,0001$), fase da vida em que regressara ao ensino ($\beta = 0,165$; $p = 0,008$), a participação em atividades domésticas ($\beta = -0,147$; $p < 0,0001$), bem como o tipo de atividade laboral quanto à periodicidade ($\beta = -0,097$; $p = 0,025$).

Podemos referir que a *frequência de atividades religiosas* ($\beta = -0,109$; $p = 0,081$) e a *idade em que abandonaram os estudos* ($\beta = 0,122$; $p = 0,065$) no período da adolescência apresentaram uma variação marginalmente significativa ao nível da função física.

Quanto ao impacto na variação explicada do *desempenho físico* os indicadores com maior expressão foram a *frequência de atividades de lazer* ($\beta = 0,234$; $p < 0,0001$) a *idade em que iniciaram a trabalhar* ($\beta = 0,233$; $p < 0,0001$), integração religiosa e frequência de atividades deste âmbito ($\beta = -0,220$; $p = 0,001$; $\beta = -0,206$; $p = 0,002$) e a fase da vida em que regressaram ao ensino ($\beta = 0,172$; $p = 0,010$). Podemos referir também que o *tipo de atividade laboral quanto à periodicidade* apresentou uma variação marginalmente significativa ao nível do índice em estudo ($\beta = -0,081$; $p = 0,079$).

⁴² Tempo integral ou Sazonal

⁴³ No período da Adolescência ou já na Vida Adulta.

Quanto ao impacto da *dor corporal*, os indicadores com maior efeito preditor foram a integração religiosa ($\beta=-0,355;p<0,0001$) e a *frequência de participação em atividades religiosas* ($\beta=-0,343;p=0,002$) bem como a *frequência de atividades de lazer* ($\beta=0,173;p=0,024$), *tipo de atividade laboral quanto à periodicidade* ($\beta=-0,107;p<0,0001$), a participação em *atividades domésticas* ($\beta=-0,091;p=0,044$) e a *idade em que abandonaram os estudos* ($\beta=0,150;p=0,039$) e ainda *fase da vida em que regressara ao ensino* ($\beta=0,145;p=0,033$). Com um efeito marginal foi o indicador *idade em que iniciaram a trabalhar* ($\beta=0,082;p=0,096$).

Por fim, quanto ao índice saúde em geral, verificamos que os indicadores com impacto significativo no referido índice foram novamente a *integração religiosa* ($\beta=-0,252;p<0,0001$) e a *frequência de participação em atividades religiosas* ($\beta=-0,224;p=0,001$) bem como a *frequência de atividades de lazer* ($\beta=0,226;p<0,0001$), seguidas da *idade em que iniciaram a trabalhar* ($\beta=0,200;p<0,0001$), *tipo de atividade laboral quanto à periodicidade* ($\beta=-0,129;p=0,004$), e a participação em *atividades domésticas* ($\beta=-0,101;p=0,020$).

Quadro 229: Perfil de Estado de Saúde Físico segundo os Preditores de Contexto no âmbito da Adolescência

Modelo	Variáveis Predictoras	Função Física		Desempenho Físico		Dor Corporal		Saúde em Geral	
		β_1 (@ β_1)	β	$\hat{\beta}_1$ (@ $\hat{\beta}_1$)	β	β_1 (@ β_1)	β	$\hat{\beta}_1$ (@ $\hat{\beta}_1$)	β
1	Integrado religiosamente	-4,870(3,682)	-0,091	-14,768(4,168)	-0,242***	-23,993(4,491)	-0,359***	-12,398(3,543)	-0,240**
	Frequência de atividades religiosas	-2,915(1,228)	-0,164**	-5,537(1,390)	-0,272***	-8,358(1,498)	-0,375***	-4,228(1,182)	-0,245***
		$R = 0,112; R^2_{ajd} = 0,008; R^2_c = 0,013$		$R = 0,182; R^2_{ajd} = 0,029; R^2_c = 0,033$		$R = 0,275; R^2_{ajd} = 0,062; R^2_c = 0,066$		$R = 0,169; R^2_{ajd} = 0,025; R^2_c = 0,029$	
		$F_{(2;483)} = 3,075; p=0,047$		$F_{(2;483)} = 8,263; p<0,0001$		$F_{(2;483)} = 17,045; p<0,0001$		$F_{(2;483)} = 7,139; p=0,001$	
		$F_{ANOVA(2;483)}=3,075; p=0,047$		$F_{ANOVA(2;483)}=8,263; p<0,0001$		$F_{ANOVA(2;483)}=17,045; p<0,0001$		$F_{ANOVA(2;483)}=7,139; p=0,001$	
2	Integrado religiosamente	-5,327(3,237)	-0,100	-15,100(4,038)	-0,247***	-23,856(4,436)	-0,357***	-13,227(3,360)	-0,256***
	Frequência de atividades religiosas	-3,145(1,127)	-0,177**	-5,706(1,364)	-0,280***	-8,317(1,499)	-0,373***	-4,614(1,135)	-0,267***
	Atividade de lazer (frequência)	3,811(0,347)	0,453***	2,952(0,420)	0,307***	2,597(0,462)	0,246***	2,870(0,350)	0,352***
	Atividade Associativa	0,757(1,816)	0,018	,524(2,198)	0,011	-,763(2,415)	-0,014	1,953(1,829)	0,047
		$R = 0,471; R^2_{ajd} = 0,215; R^2_c = 0,209$		$R = 0,359; R^2_{ajd} = 0,121; R^2_c = 0,096$		$R = 0,354; R^2_{ajd} = 0,118; R^2_c = 0,059$		$R = 0,402; R^2_{ajd} = 0,155; R^2_c = 0,133$	
		$F_{(2;483)} = 64,563; p<0,0001$		$F_{(2;483)} = 26,389; p<0,0001$		$F_{(2;483)} = 16,287; p<0,0001$		$F_{(2;483)} = 38,139; p<0,0001$	
		$F_{ANOVA(4;483)}=34,224; p<0,0001$		$F_{ANOVA(4;483)}=17,761; p<0,0001$		$F_{ANOVA(4;483)}=17,206; p<0,0001$		$F_{ANOVA(4;483)}=23,188; p<0,0001$	
3	Integrado religiosamente	-5,457(3,239)	-0,102	-14,991(3,990)	-0,246***	-23,409(4,434)	-0,350***	-12,492(3,276)	-0,241***
	Frequência de atividades religiosas	-1,950(1,098)	-0,110	-4,674(1,352)	-0,230**	-7,455(1,503)	-0,334***	-3,588(1,110)	-0,208**
	Atividade de lazer (frequência)	2,934(0,364)	0,349***	2,077(0,449)	0,216***	1,933(0,499)	0,183***	1,959(0,368)	0,240***
	Atividade Associativa	0,125(1,756)	0,003	,169(2,163)	0,003	-1,523(2,404)	-0,028	1,284(1,776)	0,031
	Idade que iniciara a trabalhar	1,481(0,306)	0,204***	1,698(0,377)	0,204***	,858(0,419)	0,094*	1,484(0,310)	0,211***
	Tipo de Atividade laboral	-2,723(1,499)	-0,074	-1,781(1,846)	-0,042	-4,343(2,051)	-0,094*	-4,352(1,516)	-0,122**
	Atividade Doméstica	-6,659(1,658)	-0,164***	-3,931(2,042)	-0,085*	-5,306(2,270)	-0,104*	-4,239(1,677)	-0,108*
			$R = 0,535; R^2_{ajd} = 0,276; R^2_c = 0,065$		$R = 0,416; R^2_{ajd} = 0,161; R^2_c = 0,044$		$R = 0,388; R^2_{ajd} = 0,138; R^2_c = 0,025$		$R = 0,474; R^2_{ajd} = 0,214; R^2_c = 0,063$
		$F_{(4;478)} = 14,516; p<0,0001$		$F_{(4;478)} = 8,544; p<0,0001$		$F_{(4;478)} = 6,685; p=0,003$		$F_{(4;478)} = 12,996; p<0,0001$	
		$F_{ANOVA(7;478)}=27,427; p<0,0001$		$F_{ANOVA(7;478)}=14,288; p<0,0001$		$F_{ANOVA(7;478)}=12,066; p<0,0001$		$F_{ANOVA(7;478)}=19,811; p<0,0001$	
4	Integrado religiosamente	-5,189(3,265)	-0,097	-13,450(4,007)	-0,220**	-23,711(4,475)	-0,355***	-13,026(3,312)	-0,252***
	Frequência de atividades religiosas	-1,940(1,109)	-0,109+	-4,187(1,362)	-0,206**	-7,654(1,521)	-0,343***	-3,861(1,125)	-0,224**
	Atividade de lazer (frequência)	2,922(0,371)	0,347***	2,254(0,455)	0,234***	1,826(0,508)	0,173***	1,845(0,376)	0,226***
	Atividade Associativa	,111(1,900)	0,003	2,006(2,333)	0,041	-2,447(2,605)	-0,046	,274(1,928)	0,007
	Idade que iniciara a trabalhar	1,490(0,327)	0,205***	1,934(0,402)	0,233***	,747(0,449)	0,082	1,407(0,332)	0,200***
	Tipo de Atividade laboral	-3,566(1,585)	-0,097*	-3,422(1,945)	-0,081+	-4,912(2,173)	-0,107*	-4,608(1,608)	-0,129**
	Atividade Doméstica	-5,973(1,673)	-0,147***	-2,951(2,053)	-0,064	-4,631(2,293)	-0,091*	-3,977(1,697)	-0,101*
	Idade estudou	,383(0,207)	0,122	,143(0,254)	0,040	,589(0,284)	0,150*	,315(0,210)	0,104
	Regressou ao Ensino	,010(1,688)	0,000	-2,245(2,072)	-0,047	,882(2,315)	0,017	2,117(1,713)	0,053
	Fase da vida (regresso ao ensino)	6,527(2,449)	0,165**	7,786(3,006)	0,172*	7,188(3,357)	0,145*	3,296(2,484)	0,086
		$R = 0,545; R^2_{ajd} = 0,282; R^2_c = 0,011$		$R = 0,437; R^2_{ajd} = 0,174; R^2_c = 0,018$		$R = 0,400; R^2_{ajd} = 0,142; R^2_c = 0,010$		$R = 0,481; R^2_{ajd} = 0,215; R^2_c = 0,007$	
		$F_{(4;475)} = 2,375; p=0,069$		$F_{(4;475)} = 3,484; p=0,016$		$F_{(4;475)} = 1,857; p=0,136$		$F_{(4;475)} = 1,385; p=0,247$	
		$F_{ANOVA(10;475)}=27,427; p<0,0001$		$F_{ANOVA(10;475)}=11,203; p<0,0001$		$F_{ANOVA(10;475)}=9,049; p<0,0001$		$F_{ANOVA(10;475)}=14,317; p<0,0001$	

Teste: Modelos de Regressão Linear Múltipla Hierárquica (MRLMH): *Estimadores*: β_1 : Coeficiente de regressão não estandarizado; ($\hat{\beta}_1$) Erro padrão do coeficiente de regressão não estandarizado; β : coeficiente de regressão estandarizado; R : Coeficiente de Correlação Múltiplo; R^2_{ajd} : Coeficiente de Determinação Múltiplo Ajustado; R^2_c : Coeficiente de Determinação Múltiplo Change; F_x : Estatística de *F Change*; $F_{(ANOVA)}$: ANOVA de Regressão; *Variável Critério*: MSF (Medida Sumária Física); *Variáveis Predictoras*: Indicadores de contexto, $N = 486$; *Tipo de Variáveis*: *Variáveis ativas* (1) e *dummy's* (0); Integrado Religiosamente - Sim (1) Não (0); Atividade Associativa - Sim (1), Não (0); Tipo de Atividade Laboral - Tempo Integral (1), Período Sazonal (0); Atividade Doméstica - Não (0) e Sim (1); Regressou ao ensino - Não (0) e Sim (1); Fase da vida (regresso ao ensino - Adulto (1) e Adolescência (0)). *** $p<0,0001$; ** $p<0,01$; * $p<0,05$

2.4.2.2.3 – MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL E INDICADORES DE CONTEXTO

Seguindo a mesma linha de análise anterior propusemos também avaliar hierarquicamente a variação explicada da perceção geral de saúde ao nível mental segundo os indicadores de contexto referentes ao período da adolescência (Quadro 230).

Constatamos que as características religiosas (*estar integrado religiosamente na adolescência e participação em atividades religiosas*) explicam 8,6% da perceção de saúde ao nível da *vitalidade* ($p < 0,0001$), 4,9% ao nível da *função social* ($p < 0,0001$), 6,6% do *desempenho emocional* ($p < 0,0001$) e 5,6% da *saúde mental* ($p < 0,0001$). Quando adicionado a *frequência de atividades em período de lazer e participação em atividades associativas* observou-se um acréscimo do poder explicativo em todos os índices de saúde (*vitalidade*: 9,9%; $p < 0,0001$; *função social*: 7,8%; $p < 0,0001$; *desempenho emocional*: 4,5%; $p < 0,0001$; *saúde mental*: 5,4%; $p < 0,0001$).

Quando acrescentamos ao modelo hierárquico a participação dos inquiridos em atividades laborais (*idade de início da atividade laboral, tipo de atividade quanto ao tempo e atividades domésticas*) e o seu impacto na perceção de saúde ao nível mental, esses indicadores revelaram um acréscimo de variabilidade significativo na maioria dos índices (*vitalidade*: 3,0%; $p = 0,001$; *saúde mental*: 2,2%; $p = 0,009$; *desempenho emocional*: 1,5%; $p = 0,05$) e de forma marginal ao nível da *função social*: 1,2% ($p = 0,082$).

Quanto ao último momento de hierarquização do modelo onde foram acrescentados os indicadores relacionados com a atividade escolar (*idade em que abandonaram o ensino, se regressaram novamente aos estudos e a fase da vida em que esse regresso ocorrerá*) estes só acresceram de variabilidade de forma marginalmente significativa nos índices de *saúde mental* em 1,4% ($p = 0,061$), *função social* em 1,3% ($p = 0,077$) e *desempenho emocional*: 1,3% ($p = 0,085$).

Quanto aos indicadores de contexto que revelaram uma influência determinante na variação explicada na perceção de saúde ao nível da *vitalidade* foram a *integração religiosa* ($\beta = -0,405$; $p < 0,0001$), a *frequência de participação em atividades religiosas* ($\beta = -0,330$; $p < 0,0001$) bem como a *frequência de atividades de lazer* ($\beta = 0,267$; $p < 0,0001$). Com menor expressão mais ainda de forma significativa foram os indicadores *tipo de atividade laboral quanto à periodicidade* ($\beta = -0,161$; $p = 0,001$), *fase da vida em que regressaram aos estudos* ($\beta = -0,142$; $p = 0,033$) e a *participação em atividades domésticas* ($\beta = -0,100$; $p = 0,025$). Porém, de forma marginalmente significativa, foi a *participação em atividades associativas* ($\beta = -0,089$; $p = 0,066$).

Quanto ao índice *função social* também os preditores com maior impacto foram a *integração religiosa* ($\beta = -0,292$; $p < 0,0001$), a *frequência de participação em atividades religiosas* ($\beta = -0,209$; $p = 0,003$) bem como a *frequência de atividades de lazer* ($\beta = 0,251$; $p < 0,0001$). Com menor

impacto na variação explicada da função social foram os indicadores *fase da vida em que regressaram aos estudos* ($\beta=0,171$; $p=0,014$) e a *idade em que iniciaram a trabalhar* ($\beta=0,097$; $p=0,054$)

Os indicadores de contexto que melhor predizem uma visão mais positiva da saúde ao nível do *desempenho emocional* foram mais uma vez a *integração religiosa* ($\beta=-0,360$; $p<0,0001$), a *frequência de participação em atividades religiosas* ($\beta=-0,284$; $p<0,0001$) bem como a *frequência de atividades de lazer* ($\beta=0,190$; $p<0,0001$) seguida do *tipo de atividade laboral quanto à periodicidade* ($\beta=-0,144$; $p=0,003$). De forma marginalmente significativa foi o indicador *fase da vida em que regressaram aos estudos* ($\beta=-0,134$; $p=0,056$).

Por fim, quanto ao índice saúde mental e seguindo o padrão geral dos índices anteriores, a maioria dos indicadores apresentaram um impacto significativo neste índice (*integração religiosa*: $\beta=-0,331$, $p<0,0001$; *frequência de participação em atividades religiosas*: $\beta=-0,235$, $p=0,001$; *frequência de atividades de lazer*: $\beta=0,188$, $p<0,0001$; *tipo de atividade laboral quanto à periodicidade*: $\beta=-0,113$, $p=0,019$; *idade em que abandonaram os estudos*: $\beta=0,151$, $p=0,043$; *fase da vida em que regressaram aos estudos*: $\beta=0,160$, $p=0,023$).



Quadro 230: Perfis de Estado de Saúde Mental segundo os Preditores de Contexto no âmbito da Adolescência

Modelo	Variáveis Predictoras	Vitalidade			Função Social			Desempenho Emocional			Saúde Mental		
		$\hat{\beta}_i(\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β	R^2	$\hat{\beta}_i(\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β	R^2	$\hat{\beta}_i(\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β	R^2	$\hat{\beta}_i(\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β	R^2
1	Integrado religiosamente	-25,852(3,971)	-0,446**	$R^2 = 0,082$; $R^2_{adj} = 0,045$; $F_{(2;465)} = 21,931$; $p < 0,0001$	-16,853(3,461)	-0,340**	$R = 0,222$; $R^2_{adj} = 0,045$; $F_{(2;465)} = 12,067$; $p < 0,0001$	-16,810(2,950)	-0,395**	$R = 0,256$; $R^2_{adj} = 0,062$; $F_{(2;465)} = 16,370$; $p < 0,0001$	-17,138(3,273)	-0,365**	$R = 0,237$; $R^2_{adj} = 0,052$; $F_{(2;465)} = 13,852$; $p < 0,0001$
	Frequência de atividades religiosas	-7,698(1,338)	-0,394**	$R = 0,249$; $R^2_{adj} = 0,086$; $F_{(2;465)} = 21,931$; $p < 0,0001$	-4,826(1,167)	-0,289**	$R = 0,222$; $R^2_{adj} = 0,045$; $F_{(2;465)} = 12,067$; $p < 0,0001$	-4,656(0,994)	-0,325**	$R = 0,256$; $R^2_{adj} = 0,062$; $F_{(2;465)} = 16,370$; $p < 0,0001$	-4,787(1,103)	-0,302**	$R = 0,237$; $R^2_{adj} = 0,052$; $F_{(2;465)} = 13,852$; $p < 0,0001$
2	Integrado religiosamente	-24,396(3,847)	-0,421**	$R = 0,430$; $R^2_{adj} = 0,178$; $R^2 = 0,099$; $F_{(2;463)} = 28,140$; $p < 0,0001$	-15,260(3,403)	-0,308**	$R = 0,357$; $R^2_{adj} = 0,120$; $R^2 = 0,078$; $F_{(2;463)} = 20,685$; $p < 0,0001$	-16,151(2,953)	-0,379**	$R = 0,333$; $R^2_{adj} = 0,103$; $R^2 = 0,045$; $F_{(2;463)} = 11,700$; $p < 0,0001$	-16,186(3,260)	-0,344**	$R = 0,332$; $R^2_{adj} = 0,103$; $R^2 = 0,054$; $F_{(2;463)} = 14,119$; $p < 0,0001$
	Frequência de atividades religiosas	-7,113(1,313)	-0,364**	$R = 0,430$; $R^2_{adj} = 0,178$; $R^2 = 0,099$; $F_{(2;463)} = 28,140$; $p < 0,0001$	-4,176(1,162)	-0,250**	$R = 0,357$; $R^2_{adj} = 0,120$; $R^2 = 0,078$; $F_{(2;463)} = 20,685$; $p < 0,0001$	-4,393(1,008)	-0,306**	$R = 0,333$; $R^2_{adj} = 0,103$; $R^2 = 0,045$; $F_{(2;463)} = 11,700$; $p < 0,0001$	-4,403(1,113)	-0,278**	$R = 0,332$; $R^2_{adj} = 0,103$; $R^2 = 0,054$; $F_{(2;463)} = 14,119$; $p < 0,0001$
3	Atividades de lazer (frequência)	3,053(0,408)	0,325**	$R = 0,430$; $R^2_{adj} = 0,178$; $R^2 = 0,099$; $F_{(2;463)} = 28,140$; $p < 0,0001$	2,316(0,361)	0,288**	$R = 0,357$; $R^2_{adj} = 0,120$; $R^2 = 0,078$; $F_{(2;463)} = 20,685$; $p < 0,0001$	1,509(0,313)	0,218**	$R = 0,333$; $R^2_{adj} = 0,103$; $R^2 = 0,045$; $F_{(2;463)} = 11,700$; $p < 0,0001$	1,834(0,345)	0,240**	$R = 0,332$; $R^2_{adj} = 0,103$; $R^2 = 0,054$; $F_{(2;463)} = 14,119$; $p < 0,0001$
	Atividade Associativa	-3,122(2,125)	-0,066	$R = 0,430$; $R^2_{adj} = 0,178$; $R^2 = 0,099$; $F_{(2;463)} = 28,140$; $p < 0,0001$	-3,641(1,879)	-0,090*	$R = 0,357$; $R^2_{adj} = 0,120$; $R^2 = 0,078$; $F_{(2;463)} = 20,685$; $p < 0,0001$	-1,385(1,631)	-0,040	$R = 0,333$; $R^2_{adj} = 0,103$; $R^2 = 0,045$; $F_{(2;463)} = 11,700$; $p < 0,0001$	-2,077(1,801)	-0,054	$R = 0,332$; $R^2_{adj} = 0,103$; $R^2 = 0,054$; $F_{(2;463)} = 14,119$; $p < 0,0001$
4	Integrado religiosamente	-23,552(3,839)	-0,407**	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	-15,112(3,434)	-0,305**	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	-15,611(2,976)	-0,367**	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	-15,729(3,272)	-0,335**	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
	Frequência de atividades religiosas	-6,323(1,312)	-0,324**	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	-3,693(1,173)	-0,221**	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	-4,034(1,017)	-0,281**	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	-3,812(1,118)	-0,241**	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
5	Atividades de lazer (frequência)	2,521(0,438)	0,268**	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	1,947(0,392)	0,242**	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	1,287(0,340)	0,186**	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	1,425(0,373)	0,187**	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
	Atividade Associativa	-4,111(2,114)	-0,087*	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	-3,929(1,891)	-0,097*	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	-1,971(1,639)	-0,057	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	-2,692(1,802)	-0,070	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
6	Idade que iniciara a trabalhar	,503(0,371)	0,061	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$,604(0,332)	0,086	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$,099(0,287)	0,016	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$,483(0,316)	0,073	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
	Tipo de Atividade laboral	-5,498(1,789)	-0,134**	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	-1,647(1,601)	-0,047	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	-3,232(1,387)	-0,107*	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	-3,386(1,525)	-0,102*	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
7	Atividade Doméstica	-5,161(1,966)	-0,115**	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	-2,520(1,759)	-0,066	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	-2,622(1,524)	-0,080	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	-3,676(1,676)	-0,101*	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
	Integrado religiosamente	-23,484(3,883)	-0,405**	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	-14,475(3,469)	-0,292**	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	-15,330(3,007)	-0,360**	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	-15,554(3,303)	-0,331**	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
8	Frequência de atividades religiosas	-6,438(1,332)	-0,330**	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	-3,496(1,190)	-0,209**	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	-4,073(1,032)	-0,284**	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	-3,718(1,133)	-0,235**	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
	Atividades de lazer (frequência)	2,508(0,446)	0,267**	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	2,016(0,399)	0,251**	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	1,310(0,346)	0,190**	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	1,433(0,380)	0,188**	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
9	Atividade Associativa	-4,225(2,292)	-0,089	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	-3,168(2,047)	-0,078	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	-1,767(1,775)	-0,051	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	-2,501(1,949)	-0,065	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
	Idade que iniciara a trabalhar	,574(0,396)	0,070	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$,683(0,354)	0,097*	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$,238(0,307)	0,039	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$,415(0,337)	0,062	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
10	Tipo de Atividade laboral	-6,600(1,885)	-0,161**	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	-2,624(1,684)	-0,075	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	-4,321(1,459)	-0,144**	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	-3,763(1,603)	-0,113*	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
	Atividade Doméstica	-4,478(1,989)	-0,100*	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	-1,755(1,777)	-0,046	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	-2,092(1,540)	-0,064	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	-3,085(1,692)	-0,085	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
11	Idade estudou	,277(0,244)	0,081	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$,272(0,218)	0,093	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$,077(0,189)	0,031	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$,420(0,207)	0,151*	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
	Regresso ao Ensino	2,014(2,040)	0,043	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	-1,292(1,822)	-0,033	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	2,245(1,579)	0,066	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	-2,268(1,735)	-0,060	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
12	Fase da vida (regresso ao ensino)	6,253(2,930)	0,142*	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	6,429(2,618)	0,171*	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	4,349(2,269)	0,134*	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	5,698(2,493)	0,160*	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$
	Integrado religiosamente	-23,484(3,883)	-0,405**	$R = 0,464$; $R^2_{adj} = 0,203$; $R^2 = 0,030$; $F_{(3;460)} = 5,780$; $p = 0,001$	-14,475(3,469)	-0,292**	$R = 0,374$; $R^2_{adj} = 0,126$; $R^2 = 0,012$; $F_{(3;460)} = 2,183$; $p = 0,089$	-15,330(3,007)	-0,360**	$R = 0,354$; $R^2_{adj} = 0,112$; $R^2 = 0,015$; $F_{(3;460)} = 11,700$; $p = 0,051$	-15,554(3,303)	-0,331**	$R = 0,364$; $R^2_{adj} = 0,119$; $R^2 = 0,022$; $F_{(3;460)} = 3,922$; $p = 0,009$

Teste: Modelos de Regressão Linear Múltipla Hierárquica (MRLMH); Estimadores: $\hat{\beta}_i$: Coeficiente de regressão não estandarizado; $(\hat{\sigma}_{\beta_i})$ Erro padrão do coeficiente de regressão não estandarizado;

β : coeficiente de regressão estandarizado; R : Coeficiente de Correlação Múltiplo; R^2_{adj} : Coeficiente de Determinação Múltiplo Ajustado; R^2 : Coeficiente de Determinação Múltiplo Change; F_x : Estatística de F Change; F_{ANOVA} : ANOVA de Regressão; *Variável Critério*: MSF (Medida Sumária Física); *Variáveis Predictoras*: Indicadores de contexto. $N = 468$; *Tipo de Variáveis*: *Variáveis ativas* (1) e *dummy's* (0); Integrado Religiosamente - Sim (1) Não (0); Atividade Associativa - Sim (1), Não (0); Tipo de Atividade Laboral - Tempo Integral (1), Período Sazonal (0); Atividade Doméstica - Não (0) e Sim (1); Regressou ao ensino - Não (0) e Sim (1); Fase da vida (regresso ao ensino - Adulto (1) e Adolescência (0)). *** $p < 0,0001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

2.4.2.3 INDICADORES DE RISCO

2.4.2.3.1 – HÁBITOS TABÁGICOS

Procuramos de seguida compreender a relação do comportamento de consumo iniciado no período da adolescência ou na vida adulta na percepção geral de saúde. Face ao exposto vejamos o quadro seguinte:

Como podemos observar, as pessoas que indicaram fumar ocasionalmente no período da adolescência, em média, apresentavam significativamente melhor condição de saúde ao nível da função e desempenho físico comparativamente às pessoas que o iniciaram já na fase da vida adulta.

Quadro 231: Hábitos tabágicos na adolescência e vida adulta e sua relação com a percepção geral de saúde.

Período de Vida	Índices de Saúde	Hábitos Tabágicos	n	M±DP	I.C. 95%
Adolescência	Função Física (p=0,002)	Sim	217	91,66±14,19	89,76-93,56
		Não	163	86,13±18,92	83,21-89,06
	Desempenho Físico (p=0,021)	Sim	219	91,67±16,53	89,47-93,87
		Não	165	87,05±21,09	83,80-90,29
	Dor Corporal (p=0,276)	Sim	221	77,24±20,50	74,53-79,96
		Não	165	74,68±24,38	70,94-78,43
	Saúde em Geral (p=0,371)	Sim	220	66,97±15,20	64,95-68,99
		Não	163	65,46±17,03	62,83-68,09
	Vitalidade (p=0,001)	Sim	206	75,63±19,60	72,94-78,32
		Não	154	68,90±18,31	65,98-71,81
	Função Social (p=0,010)	Sim	209	89,53±17,04	87,21-91,86
		Não	155	84,11±21,38	80,72-87,51
	Desempenho Emocional (p=0,007)	Sim	206	94,54±12,24	92,86-96,22
		Não	155	89,78±19,03	86,77-92,80
	Saúde Mental (p=0,014)	Sim	205	82,95±15,73	80,79-85,12
		Não	154	78,42±18,16	75,52-81,31

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. Teste: t-Student para amostras independentes.

400

Não se observaram diferenças médias significativas no que diz respeito ao impacto da dor corporal e percepção de saúde em geral entre os grupos. Quanto aos índices de saúde mental também em média as pessoas que teriam iniciado o consumo de tabaco de forma ocasional na adolescência apresentavam melhor percepção de saúde comparativamente às que iniciaram já na vida adulta.

Procuramos, nesta etapa da investigação, avaliar se os habitantes que indicaram ter iniciado o consumo de tabaco na adolescência ou após este período teriam um padrão comportamental diferente de consumo no momento presente, isto é, no período da vida adulta. Face ao exposto, vejamos o quadro seguinte:

Como podemos observar, não se registaram alterações significativas dos hábitos tabágicos entre o período da adolescência e o período da vida adulta.

Quadro 232: Hábitos tabágicos entre o período da adolescência e a vida adulta.

Hábitos Tabágicos (Adolescência)	n	Hábitos Tabágicos (Adulto)		Total
		Não ^(a)	Sim	
Sim	n	98	151	249
	% linha	39,4%	60,6%	100,0%
	% coluna	56,6%	60,4%	58,9%
Não	n	75	99	174
	% linha	43,1%	56,9%	100,0%
	% coluna	43,4%	39,6%	41,1%
Total	n	173	250	423
	% Total	40,9%	59,1%	100,0%

Legenda: (a): Ex-fumadores; Testes: McNemar. $p = 1,000^{44}$, $\chi^2 = 0,595$; $\phi = 1$; $p = 0,441$

⁴⁴ Estimativa associada a uma distribuição Binomial.

No entanto, das 249 pessoas que indicaram ocasionalmente fumar na adolescência, 60,6% manteve o consumo de tabaco em adulto mas de forma regular.

Das 174 pessoas que indicaram inicialmente na adolescência não terem iniciado o consumo de tabaco nesta fase, mas sim na vida adulta, 56,9% manteve o mesmo comportamento de consumo.

Quanto ao total de ex-fumadores no momento presente (n=173), 56,6% destes iniciaram o consumo de forma ocasional no período da adolescência. Quando comparamos a mesma informação face a todos os fumadores em adultos (n=250) 60,4% destes também se iniciaram no consumo de tabaco na adolescência e mantiveram este comportamento no presente.

Propusemos avaliar se o número de anos de consumo, quer em fumadores quer em ex-fumadores, poderia ter impacto na perceção geral de saúde (MESF e MESM). O número de anos de consumo foi transformado numa variável categórica constituída por duas classes: ≤ 20 anos e > 20 anos⁴⁵.

Propusemos a seguinte análise preliminar quando as pessoas iniciaram o consumo de tabaco na adolescência ou na vida adulta tendo em conta a classe de anos de consumo e a sua relação com as medidas de estado de saúde físicas. Vejamos o quadro seguinte:

Segundo o quadro 233, constatamos que as pessoas que iniciaram o consumo de tabaco no período da adolescência apresentaram melhor perceção de estado de saúde quando têm 20 anos de consumo ou menos comparativamente a pessoas com mais de 21 anos. Estas diferenças médias foram particularmente significativas ao nível dos índices de função física e marginalmente ao nível do impacto da dor corporal e saúde em geral.

Quadro 233: Perceção de Estado de Saúde Física em pessoas que iniciaram o consumo na adolescência ou na vida adulta em função dos anos de consumo (classe).

Início do consumo na Adolescência		N	M±DP	I.C. 95%	
Função Física	Sim (p<0,0001)	≤ 20 anos	73	95,82±7,41	94,09-97,55
		$\Rightarrow 21$ anos	144	89,00±16,75	86,24-91,76
		Total	217	91,29±14,65	89,33-93,25
Não (p<0,0001)		≤ 20 anos	75	93,13±10,26	90,77-95,49
		$\Rightarrow 21$ anos	72	81,74±21,00	76,80-86,67
		Total	147	87,55±17,33	84,73-90,38
Desempenho Físico	Sim (p=0,241)	≤ 20 anos	75	91,75±16,54	87,94-95,56
		$\Rightarrow 21$ anos	144	88,85±17,73	85,93-91,77
		Total	219	89,84±17,35	87,53-92,15
Não (p<0,0001)		≤ 20 anos	76	94,82±12,80	91,89-97,74
		$\Rightarrow 21$ anos	73	81,51±24,86	75,71-87,31
		Total	149	88,30±20,69	84,95-91,65
Dor Corporal	Sim (p=0,054)	≤ 20 anos	75	79,64±19,32	75,19-84,09
		$\Rightarrow 21$ anos	146	73,98±21,16	70,52-77,44
		Total	221	75,90±20,68	73,16-78,64
Não (p=0,001)		≤ 20 anos	76	81,14±20,51	76,46-85,83
		$\Rightarrow 21$ anos	73	67,45±27,57	61,02-73,88
		Total	149	74,44±25,10	70,37-78,50
Saúde em Geral	Sim (p=0,077)	≤ 20 anos	75	69,15±14,28	65,86-72,43
		$\Rightarrow 21$ anos	145	65,32±15,58	62,76-67,87
		Total	220	66,62±15,22	64,60-68,65
Não (p<0,0001)		≤ 20 anos	75	71,05±14,71	67,67-74,44
		$\Rightarrow 21$ anos	72	59,75±16,39	55,90-63,60
		Total	147	65,52±16,51	62,83-68,21

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. Teste: t-Student para amostras independentes

⁴⁵ A transformação desta variável teve por base o equilíbrio das amostras quanto ao seu tamanho (n_{ij}) para que permitisse uma melhor robustez na estimação de resultados nos *designs* estatísticos aplicados.

Quanto às pessoas que iniciaram o consumo no período de vida adulta constatamos que as pessoas com menos anos de consumo tendiam, em média, a apresentar uma perceção de saúde em geral significativamente melhor comparativamente às pessoas que fumavam há 21 ou mais anos.

Propusemos também compreender se o tipo de fumador (fumador ativo ou ex-fumador) no momento presente revelaria diferenças de perceção geral de saúde em pessoas que fumavam ou teriam fumado até ao máximo de 20 anos ou mais do que este tempo.

Vejamos o quadro seguinte:

Segundo o quadro 234, constatamos que as pessoas que indicaram ser fumadoras mas com menos anos de consumo apresentaram, em média, melhores condições de saúde da função e do desempenho físico, com menor impacto da dor corporal e uma visão mais positiva da sua saúde em geral comparativamente a pessoas fumadoras mas com 21 ou mais anos de consumo.

Quadro 234: Perceção de Estado de Saúde Física em pessoas que fumavam ou eram ex-fumadores em função da classe de anos de consumo.

Hábitos tabágicos - Adulto			N	M±DP	I.C. 95%
Função Física	Sim (p=0,003)	<=20 anos	67	94,63±10,49	92,07-97,19
		=>21 anos	155	89,46±14,26	87,19-91,72
		Total	222	91,02±13,43	89,24-92,79
Ex-fumador (p<0,0001)	<=20 anos	81	94,32±7,70	92,62-96,02	
	=>21 anos	61	79,26±25,20	72,81-85,72	
	Total	142	87,85±18,97	84,71-91,00	
Desempenho Físico	Sim (p=0,017)	<=20 anos	67	94,68±12,93	91,53-97,84
		=>21 anos	155	89,68±16,79	87,01-92,34
		Total	222	91,19±15,86	89,09-93,29
Ex-fumador (p<0,0001)	<=20 anos	84	92,19±16,14	88,68-95,69	
	=>21 anos	62	78,13±26,46	71,40-84,85	
	Total	146	86,22±22,19	82,59-89,85	
Dor Corporal	Sim (p=0,006)	<=20 anos	67	84,07±19,47	79,33-88,82
		=>21 anos	156	75,46±22,14	71,96-78,96
		Total	223	78,05±21,69	75,19-80,91
Ex-fumador (p<0,0001)	<=20 anos	84	77,46±19,82	73,16-81,77	
	=>21 anos	63	62,75±24,90	56,47-69,02	
	Total	147	71,16±23,24	67,37-74,94	
Saúde em Geral	Sim (p=0,004)	<=20 anos	66	70,47±11,24	67,71-73,23
		=>21 anos	155	65,23±13,80	63,04-67,42
		Total	221	66,79±13,28	65,03-68,55
Ex-fumador (p=0,001)	<=20 anos	84	69,81±16,65	66,20-73,42	
	=>21 anos	62	59,08±20,05	53,99-64,17	
	Total	146	65,25±18,87	62,17-68,34	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. Teste: t-Student para amostras independentes

Quanto às pessoas que indicaram ser ex-fumadoras e que teriam fumado até 20 anos comparativamente a pessoas ex-fumadoras que indicaram fumar à mais anos tendem a apresentar melhores condições de saúde física.

Como já realizado para as medidas de estado de saúde físicas, procuramos também aplicar a análise preliminar ao nível das medidas de estado de saúde mental quando as pessoas iniciaram o consumo de tabaco na adolescência ou não, tendo em conta a classe de anos de consumo. Vejamos o quadro seguinte:

Segundo o quadro 235, constatamos que as pessoas que tinham iniciado o consumo no período da adolescência não se diferenciaram em média nos vários índices de saúde mental entre os fumadores com menor ou maior histórico de consumo de tabaco.

Quanto às pessoas que iniciaram o consumo de tabaco na vida adulta, mas que revelaram um menor histórico de consumo de tabaco, demonstraram maior vitalidade e energia, melhor função social bem como maior desempenho emocional e melhor bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que indicaram fumar há mais de 20 anos. No que diz respeito ao tipo de fumador no momento presente, vejamos o quadro seguinte:

Segundo o quadro 236, constatamos que as pessoas que atualmente eram fumadoras não se diferenciaram, em média, nos vários índices de saúde mental entre os fumadores com menor ou maior histórico de consumo de tabaco ($p>0,05$).

Quadro 235: Perceção de Estado de Saúde Mental em pessoas que teriam ou não iniciado o consumo tabaco na adolescência em função da classe de anos de consumo.

Início do consumo na Adolescência		N	M±DP	I.C. 95%
Vitalidade	Sim (p=0,406)	<=20 anos: 84 =>21 anos: 121 Total: 205	77,02±19,31 74,71±19,76 75,66±19,56	72,83-81,21 71,15-78,27 72,96-78,35
	Não ^(a) (p<0,0001)	<=20 anos: 81 =>21 anos: 72 Total: 153	74,38±17,26 63,47±17,99 69,25±18,38	70,57-78,20 59,24-67,70 66,31-72,18
	Função Social	Sim (p=0,087)	<=20 anos: 85 =>21 anos: 123 Total: 208	92,06±15,77 87,91±17,96 89,60±17,18
	Não ^(a) (p=0,001)	<=20 anos: 81 =>21 anos: 73 Total: 154	89,51±16,82 78,42±23,41 84,25±20,90	85,79-93,23 72,96-83,89 80,93-87,58
Desempenho Emocional	Sim (p=0,547)	<=20 anos: 84 =>21 anos: 121 Total: 205	94,35±12,62 95,39±11,78 94,96±12,11	91,61-97,08 93,26-97,51 93,29-96,63
	Não ^(a) (p=0,001)	<=20 anos: 81 =>21 anos: 73 Total: 154	94,44±13,82 84,02±23,35 89,50±19,59	91,39-97,50 78,57-89,47 86,38-92,62
	Saúde Mental	Sim (p=0,996)	<=20 anos: 83 =>21 anos: 121 Total: 204	83,28±16,40 83,29±15,26 83,28±15,69
	Não ^(a) (p=0,001)	<=20 anos: 81 =>21 anos: 72 Total: 153	82,81±15,82 73,28±19,99 78,33±18,47	79,32-86,31 68,58-77,98 75,38-81,28

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. (a): Início do consumo na vida adulta; Teste: t-Student para amostras independentes

Quadro 236: Perceção de Estado de Saúde Mental em pessoas fumadoras e ex-fumadoras em função da classe de anos de consumo.

Hábitos Tabágicos (Adulto)		N	M±DP	I.C. 95%
Vitalidade	Fumador (p=0,060)	<=20 anos: 77 =>21 anos: 132 Total: 209	78,38±18,22 73,18±19,67 75,10±19,27	74,24-82,51 69,80-76,57 72,47-77,72
	Ex-fumador (p=0,006)	<=20 anos: 88 =>21 anos: 61 Total: 149	73,41±18,20 64,75±19,11 69,87±19,00	69,55-77,27 59,86-69,65 66,79-72,94
	Função Social	Fumador (p=0,083)	<=20 anos: 77 =>21 anos: 133 Total: 210	92,37±15,99 87,97±18,49 89,58±17,70
	Ex-fumador (p<0,0001)	<=20 anos: 89 =>21 anos: 63 Total: 152	89,47±16,53 76,79±22,88 84,21±20,33	85,99-92,95 71,02-82,55 80,95-87,47
Desempenho Emocional	Fumador (p=0,849)	<=20 anos: 77 =>21 anos: 132 Total: 209	94,16±14,12 93,75±15,22 93,90±14,79	90,95-97,36 91,13-96,37 91,88-95,92
	Ex-fumador (p=0,004)	<=20 anos: 88 =>21 anos: 62 Total: 150	94,60±12,38 85,48±21,65 90,83±17,37	91,98-97,23 79,98-90,98 88,03-93,64
	Saúde Mental	Fumador (p=0,119)	<=20 anos: 77 =>21 anos: 132 Total: 209	85,61±15,19 81,91±17,20 83,27±16,55
	Ex-fumador (p=0,030)	<=20 anos: 87 =>21 anos: 61 Total: 148	80,78±16,56 74,46±18,15 78,18±17,45	77,25-84,31 69,81-79,11 75,34-81,01

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. Teste: t-Student para amostras independentes

Quanto às pessoas que indicaram ser atualmente ex-fumadoras, com um menor histórico de consumo de tabaco, apresentaram significativamente melhor percepção de saúde nos diferentes índices comparativamente às pessoas com maior histórico de consumo.

Procuramos avaliar a percepção geral de saúde, quer ao nível físico e mental, em relação às pessoas que indicaram ter iniciado o consumo de tabaco na adolescência ou em adulto e que são fumadores ou ex-fumadores no presente em função da classe de anos de consumo. Face ao exposto, propusemos compreender, de forma multivariada, o contributo do efeito combinado das variáveis independentes quer de forma isolada na explicação da percepção geral do estado de saúde ao nível físico. O quadro seguinte apresenta a *design* fatorial (efeitos combinados e efeitos principais) para posterior aplicação da estatística multivariada.

Quadro 237: *Design* fatorial dos anos de consumo (classes) início do consumo de tabaco na adolescência e os hábitos tabágicos na vida adulta ao nível das medidas de estado de saúde física.

Índices de Saúde	Tabaco Adolescência	Anos de consumo	Hábitos Tabágicos (Vida Adulta)			
			Fumador	Não fumador ^(a)	Total	
			M±DP	M±DP	M±DP	
Função Física	Sim	≤ 20 anos	99,79±0,59	93,78±8,32	95,75±7,38	
		≥ 21 anos	91,98±11,56	81,25±24,30	89,00±16,75	
		Total	93,44±10,85	88,15±18,41	91,27±14,63	
	Não	≤ 20 anos	91,90±12,15	95,16±6,66	93,31±10,21	
		≥ 21 anos	84,31±17,64	74,50±27,33	81,55±21,09	
		Total	87,74±15,79	87,21±20,21	87,55±17,43	
	Total	≤ 20 anos	94,77±10,38	94,32±7,70	94,52±8,97	
		≥ 21 anos	89,46±14,26	79,00±25,33	86,54±18,58	
		Total	91,04±13,42	87,80±19,02	89,78±15,90	
	Desempenho Físico	Sim	≤ 20 anos	99,80±0,69	88,27±18,65	92,06±16,18
			≥ 21 anos	91,95±13,68	80,78±23,78	88,85±17,73
			Total	93,42±12,70	84,90±21,32	89,93±17,25
Não		≤ 20 anos	93,01±13,04	99,51±1,77	95,82±10,36	
		≥ 21 anos	85,05±21,22	73,75±30,66	81,87±24,55	
		Total	88,64±18,34	89,60±22,63	88,99±19,91	
Total		≤ 20 anos	95,48±10,87	92,71±15,51	93,95±13,65	
		≥ 21 anos	89,68±16,79	78,44±26,23	86,54±20,44	
		Total	91,41±15,47	86,64±21,85	89,55±18,34	
Dor Corporal		Sim	≤ 20 anos	90,00±10,50	74,94±20,17	79,89±18,90
			≥ 21 anos	78,05±20,06	63,55±20,06	74,02±21,02
			Total	80,29±19,19	69,82±20,80	76,00±20,48
	Não	≤ 20 anos	80,98±22,68	81,88±18,23	81,36±20,74	
		≥ 21 anos	71,04±24,89	62,35±31,82	68,59±27,07	
		Total	75,53±24,30	74,37±25,91	75,11±24,81	
	Total	≤ 20 anos	84,26±19,56	77,68±19,61	80,63±19,79	
		≥ 21 anos	75,74±21,93	63,15±24,34	72,23±23,27	
		Total	78,29±21,57	71,50±22,83	75,64±22,28	
	Saúde em Geral	Sim	≤ 20 anos	72,38±0,94	68,08±17,36	69,50±14,33
			≥ 21 anos	66,75±13,35	61,43±20,09	65,27±15,62
			Total	67,81±12,23	65,09±18,82	66,69±15,30
Não		≤ 20 anos	69,60±14,08	73,25±15,62	71,18±14,77	
		≥ 21 anos	62,12±14,32	54,95±19,83	60,10±16,24	
		Total	65,49±14,62	66,21±19,38	65,75±16,42	
Total		≤ 20 anos	70,61±11,27	70,12±16,78	70,34±14,53	
		≥ 21 anos	65,23±13,80	59,27±20,07	63,56±15,98	
		Total	66,83±13,30	65,50±18,97	66,32±15,74	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (a): Ex-Fumador.

Avaliando o efeito combinado *anos de consumo e hábitos tabágicos* em função de ter iniciado o consumo de tabaco ou não no período da adolescência, verificamos que as pessoas que iniciaram o consumo de tabaco na adolescência e que continuam a fumar em adultos mas que fumam há

menos anos apresentaram melhor condição de saúde física comparativamente às pessoas que também iniciaram na adolescência e que ainda fumam no momento presente mas que fumam há mais de 21 anos. Este padrão ocorreu em todos os índices de saúde física.

Quanto às pessoas que só iniciaram em adultos o consumo e que continuam a fumar no momento presente mas que fumam à menos anos percecionam também melhor condição de saúde em todos os índices comparativamente às pessoas que também iniciaram o consumo em adulto mas que fumam há 21 ou mais anos.

Quando avaliamos as pessoas que atualmente não fumam (ex-fumadores) mas que tenham iniciado o consumo esporadicamente na adolescência e que fumam há menos anos (≤ 20) apresentaram melhores índices de saúde em geral comparativamente às pessoas que são ex-fumadoras e que teriam também iniciado o consumo na adolescência mas que fumaram no mínimo 21 ou mais anos. Padrão semelhante ocorreu em pessoas que atualmente são ex-fumadores mas que iniciaram o consumo de tabaco já em adulto e que fumaram 20 anos ou menos. Este grupo de pessoas percecionam melhor condição de saúde comparativamente às pessoas com o mesmo perfil de hábitos tabágicos mas com mais anos de consumo (≥ 21 anos).

Ao nível do efeito principal “*hábitos tabágicos na adolescência*”, verificamos que ao nível da função física as pessoas que indicaram ter iniciado o consumo de tabaco nesta fase da vida de forma esporádica apresentaram ligeira melhoria da perceção de saúde comparativamente às pessoas que iniciaram em adulto. No entanto, nos restantes índices de saúde física os valores médios revelaram ser semelhantes entre as pessoas que indicaram ter iniciado ou não o consumo na adolescência.

Quanto ao efeito principal isolado “*anos de consumo*”, verificamos que as pessoas que fumam ou fumaram 20 anos ou menos apresentam, em média e em todos os índices, valores de perceção de saúde mais elevado do que as pessoas que fumam ou fumaram há mais anos.

Por fim, o efeito principal isolado “*hábitos tabágicos em adulto*” constatamos que à exceção do índice função física, os valores médios revelam ser semelhantes entre os habitantes que atualmente fumam ou já fumaram.

Face ao exposto propusemos de seguida avaliar o impacto destes efeitos principais combinados (interação) na percepção geral de saúde, quer ao nível físico quer ao nível mental. Os efeitos principais serão *o início do consumo de tabaco na adolescência, hábitos tabágicos em adulto* (fumador e ex-fumador) e *anos de consumo* (classes). Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 238: Análise de Variância Multivariada de anos de consumo, início de Consumo (Adolescência) e Hábitos Tabágicos (Adulto) sobre as Medidas de Estado de Saúde Físicas.

Multivariate Tests								
	Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	p (U)	p (λ_1)	η_p^2 (U)	η_p^2 (λ_1)	$\pi^{(a)}$
	1)	0,142	0,166	<0,0001	<0,0001	0,142	0,142	1,000
	2)	0,026	0,027	0,045	0,051	0,026	0,026	0,686
	3)	0,050	0,053	0,001	0,001	0,051	0,051	0,948
	1 × 2 × 3	0,073	0,060	0,052	<0,0001	0,018	0,057	0,926
	Intercept	0,972	34,196	<0,0001	<0,0001	0,972	0,972	1,000

Test of Between-Subjects Effects							
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p
Anos de consumo (Classes)	Função Física	10664,384	218,365	1	354	48,837	<0,0001
	Desempenho físico	10872,276	297,926	1	354	36,493	<0,0001
	Dor Corporal	12595,558	454,238	1	354	27,729	<0,0001
	Saúde em Geral	6546,597	231,553	1	354	28,273	<0,0001
Início de Consumo (Adolescência)	Função Física	1977,189	218,365	1	354	9,055	0,003
	Desempenho físico	406,269	297,926	1	354	1,364	0,244
	Dor Corporal	478,939	454,238	1	354	1,054	0,305
	Saúde em Geral	344,067	231,553	1	354	1,486	0,224
Hábitos Tabágicos (Adulto)	Função Física	2453,898	218,365	1	354	11,238	0,001
	Desempenho físico	3416,420	297,926	1	354	11,467	0,001
	Dor Corporal	6302,023	454,238	1	354	13,874	<0,0001
	Saúde em Geral	779,954	231,553	1	354	3,368	0,067

Efeitos Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p
Anos de consumo (Classes) × Idade Início (Adolescência) × Hábitos Tabágicos	Função Física	662,154	218,365	4	354	3,032	0,018
	Desempenho físico	1516,379	297,926	4	354	5,090	0,001
	Dor Corporal	897,717	454,238	4	354	1,976	0,098
	Saúde em Geral	493,013	231,553	4	354	2,129	0,077
	Modelo Corrigido (FF)	1986,962	218,365	7	354	9,099	<0,0001
	Modelo Corrigido (DF)	2282,792	297,926	7	354	7,662	<0,0001
	Modelo Corrigido (DC)	2639,270	454,238	7	354	5,810	<0,0001
	Modelo Corrigido (SG)	1069,370	231,553	7	354	4,618	<0,0001

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Anos de consumo de tabaco (classes); 2) Início de consumo na Adolescência; 3) Hábitos Tabágicos em Adulto.

Com recurso a uma MANOVA verificamos a presença do efeito de interação entre todos os fatores principais em estudo no compósito multivariado das medidas de estado de saúde física segundo as estatísticas dos testes aplicados ($U_{1 \times 2 \times 3} = 0,073$; $F = 1,641$; $p = 0,052$; $\lambda_{1 \times 2 \times 3} = 0,060$; $F = 5,353$; $p < 0,0001$).

Quanto aos efeitos principais isolados, constatamos que todos os efeitos demonstraram efeitos significativos no compósito das várias medidas de estado de saúde ($U_{\text{anos consumo}} = 0,142$; $F = 14,543$; $p < 0,0001$; $U_{\text{tabaco adolescência}} = 0,026$; $F = 2,388$; $p = 0,051$; $U_{\text{hábitos consumo}} = 0,050$; $F = 4,660$; $p = 0,001$). No que diz respeito à potência de teste (π), quer ao nível do efeito de interação quer nos efeitos principais isolados, apresentaram boas potências ($\pi \geq 0,7$), à exceção do início do consumo de tabaco na adolescência.

Quanto à dimensão do efeito constatamos que o efeito de interação apresentou uma baixa magnitude segundo a estatística de *Traço de Pillay* ($\eta^2_{pU:1 \times 2 \times 3} = 0,018$) mas assumindo uma posição menos conservadora na avaliação do efeito este foi considerado “médio” com recurso à estatística da *Maior Raiz de Roy* ($\eta^2_{p\lambda:1 \times 2 \times 3} = 0,057$). Quanto aos efeitos principais, segundo as estatísticas multivariadas constatamos que todos os efeitos à exceção do “*início do consumo na adolescência*” apresentaram efeitos, quanto à sua magnitude, médios ($\eta^2_{pU:1} = 0,142$; $\eta^2_{pU:2} = 0,026$; $\eta^2_{pU:3} = 0,050$).

Quanto ao *efeito de interação* entre os efeitos principais, observaram-se diferenças médias significativas ao nível dos índices de *função física* ($F_{(4;354)} = 3,032$; $p = 0,018$; $\pi = 0,801$), *desempenho físico* ($F_{(4;354)} = 5,090$; $p = 0,001$; $\pi = 0,965$) e marginalmente significativo ao nível do *índice dor corporal* ($F_{(4;354)} = 1,976$; $p = 0,098$; $\pi = 0,600$) e *saúde em geral* ($F_{(4;354)} = 2,129$; $p = 0,077$; $\pi = 0,629$).

Quanto ao efeito de interação entre o *número de anos de consumo* (classes), *início do consumo de tabaco na adolescência e hábitos tabágicos na vida adulta*, verificamos que as pessoas que iniciaram o consumo na adolescência mas que fumam há menos anos (≤ 20 anos) e que atualmente são fumadoras apresentaram significativamente melhor perceção de *função física* comparativamente às pessoas que iniciaram o consumo na adolescência mas com mais anos de consumo ($\hat{\psi} = 7,814$; $F_{(1;213)} = 6,319$; $p = 0,013$; $I.C. 95\% = [1,686; 13,941]$). Porém, as pessoas que atualmente são ex-fumadoras, mas que tenham iniciado o consumo de tabaco na adolescência e que fumaram menos anos demonstraram uma visão mais positiva de saúde no índice em estudo comparativamente às pessoas que tendo um histórico de consumo na adolescência e que tenham fumado 21 ou mais anos ($\hat{\psi} = 12,526$; $F_{(1;213)} = 18,337$; $p < 0,0001$; $I.C. 95\% = [6,760; 18,291]$).

Nas pessoas que indicaram ter iniciado o consumo na vida adulta mas que atualmente são fumadoras e que fumam há menos de anos (≤ 20 anos) expressaram significativamente uma melhor condição física comparativamente às pessoas que fumavam há mais de anos (≥ 21 anos) e que são atualmente fumadoras ($\hat{\psi} = 7,314$; $F_{(1;143)} = 4,733$; $p = 0,031$; $I.C. 95\% = [0,669; 13,960]$). Também as pessoas que não iniciaram o consumo de tabaco na adolescência mas sim na vida adulta e que atualmente são ex-fumadoras mas com menos anos de consumo de tabaco (≤ 20 anos) foram as pessoas que melhor condição física apresentaram no momento presente face às pessoas que fumaram mais anos apesar de atualmente serem ex-fumadoras ($\hat{\psi} = 19,680$; $F_{(1;143)} = 18,624$; $p < 0,0001$; $I.C. 95\% = [10,666; 28,694]$).

No que diz respeito ao índice *desempenho físico*, constatamos que as pessoas que iniciaram o consumo na adolescência mas com um histórico de consumo ≤ 20 anos de hábitos tabágicos e que são atualmente fumadoras apresentaram significativamente melhor desempenho físico comparativamente às pessoas com mais anos de consumo de tabaco e que são também fumadoras

no momento presente ($\hat{\psi} = 7,857; F_{(1;215)} = 4,373; p = 0,038; I.C. 95\% = [0,451; 15,263]$). Também verificamos que as pessoas que indicaram ser ex-fumadoras no momento presente e com menos anos de consumo apresentaram melhor desempenho físico comparativamente às pessoas com mais anos de consumo de tabaco ($\hat{\psi} = 7,086; F_{(1;215)} = 4,089; p = 0,044; I.C. 95\% = [0,179; 13,994]$).

Quanto às pessoas que já iniciaram o consumo de tabaco em adulto e que atualmente são fumadoras mas com menos anos de tabaco (≤ 20 anos) não se diferenciaram de forma significativa ao nível do índice de desempenho face às pessoas com mais anos de consumo de tabaco ($\hat{\psi} = 6,666; F_{(1;145)} = 2,796; p = 0,097; I.C. 95\% = [-1,214; 14,546]$). Porém, as pessoas que atualmente indicaram ser ex-fumadoras, e que só iniciaram o consumo em adulto mas que fumaram menos anos apresentaram diferenças médias significativas do respetivo índice em estudo comparativamente às pessoas com mais anos de consumo ($\hat{\psi} = 25,093; F_{(1;145)} = 22,414; p < 0,0001; I.C. 95\% = [14,617; 35,568]$).

No entanto não se registaram efeitos de interação estatisticamente significativos entre as pessoas que teriam ou não iniciado o consumo na adolescência com mais ou menos anos de consumo de tabaco (Classe) em função do tipo de fumador, no presente, quanto ao índice *dor corporal* ($F_{início\ adolescência} = 0,033; \varphi_F = 1; \varphi_{Erro} = 217; p = 0,856; F_{início\ em\ adulto} = 1,635; \varphi_F = 1; \varphi_{Erro} = 145; p = 0,203$). Esta informação, segundo o quadro anterior, também foi confirmada de forma multivariada e revelou uma potência de teste bastante inferior ao recomendado ($F_{1 \times 2 \times 3} = 1,976; p = 0,098; \pi = 0,592$).

408

Quanto ao efeito de interação associado ao índice de *saúde em geral* verificamos que este efeito foi marginalmente significativo ($F_{1 \times 2 \times 3} = 2,129; p = 0,077; \pi = 0,630$), e que através da estatística de teste de contrastes para amostras não balanceadas verificou-se que as pessoas que indicaram ter iniciado o consumo na adolescência e que atualmente são fumadoras não registaram diferenças significativas entre terem fumado menos ou mais anos ($\hat{\psi} = 5,633; F_{(1;216)} = 2,727; p = 0,100; I.C. 95\% = [-1,090; 12,357]$). Quanto às pessoas que iniciaram o consumo na adolescência e que atualmente não fumam (ex-fumadoras) e que revelaram menor número de anos de consumo de tabaco apresentam marginalmente melhor condição de saúde em geral comparativamente às pessoas que fumaram 21 anos ou mais ($\hat{\psi} = 6,121; F_{(1;216)} = 3,753; p = 0,054; I.C. 95\% = [-0,107; 12,349]$).

Quanto às pessoas que indicaram ter iniciado o consumo de tabaco em adulto e que atualmente são fumadoras mas que fumaram menos anos (≤ 20 anos) expressaram uma visão significativamente mais positiva da sua saúde em geral comparativamente às pessoas que fumaram há mais anos apesar de serem atualmente fumadoras ($\hat{\psi} = 7,478; F_{(1;143)} = 5,431; p = 0,021; I.C. 95\% = [1,135; 13,820]$). Também as pessoas que já teriam iniciado o consumo em adulto e que atualmente são ex-fumadoras mas que fumaram menos anos revelaram uma visão mais

positiva da saúde em geral comparativamente a pessoas que fumaram mais anos ($\hat{\psi} = 18,909$; $F_{(1,143)} = 19,353$; $p < 0,0001$; $I. C. 95\% = [10,413; 27,406]$).

No que diz respeito ao efeito principal *número de anos de consumo de tabaco* (classe) revelou um efeito multivariado significativo sobre as medidas de estado de saúde físicas segundo a Análise de Variância Fatorial.

Vejamos o quadro seguinte quanto ao efeito sobre as diferentes medidas de estado de saúde:

Quadro 239: Estimativas Médias Marginais das Medidas de Estado de Saúde Físicas em função do histórico de consumo de tabaco.

Medidas de Estado de Saúde Físicas	Histórico de Consumo	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Função Física	<=20 anos	95,16(1,26)	92,67-97,64	12,147	<0,0001
	=>21	83,01(1,19)	80,66-85,36		
Desempenho Físico	<=20 anos	95,15(1,48)	92,24-98,05	12,264	<0,0001
	=>21	82,88(1,39)	80,14-85,62		
Dor Corporal	<=20 anos	81,95(1,82)	78,36-85,53	13,201	<0,0001
	=>21	68,75(1,72)	65,36-72,13		
Saúde em Geral	<=20 anos	70,83(1,30)	68,27-73,39	9,517	<0,0001
	=>21	61,31(1,23)	58,90-63,73		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Segundo o teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*, verificamos que as pessoas com um histórico de consumo de tabaco ≤ 20 anos apresentaram significativamente melhor percepção de saúde física comparativamente às pessoas que fumavam à 21 anos ou mais.

Também com recurso à Análise de Variância Fatorial só se observou um efeito significativo da idade de início de consumo de tabaco na adolescência no índice de saúde ao nível da função física ($F_{1,354} = 9,055$; $p = 0,003$; $\pi = 0,851$). Vejamos o quadro seguinte para avaliar o efeito principal isolado sobre as diferentes medidas de saúde:

Quadro 240: Estimativas Médias Marginais das Medidas de Estado de Saúde Físicas em função do início do consumo na adolescência.

Medidas de Estado de Saúde Físicas	Consumo na Adolescência	M(EP)	I.C. 95%	d_x	p-value ^(a)
Função Física	Sim	91,70(1,15)	89,44-93,96	5,230	0,003
	Não	86,47(1,30)	83,90-89,03		
Desempenho Físico	Sim	90,20(1,34)	87,56-92,84	2,371	0,244
	Não	87,83(1,52)	84,83-90,83		
Dor Corporal	Sim	76,63(1,66)	73,38-79,89	2,507	0,305
	Não	74,06(1,88)	70,36-77,76		
Saúde em Geral	Sim	67,16(1,18)	64,83-69,49	1,790	0,224
	Não	64,98(1,34)	62,34-67,62		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Segundo o teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni* constatamos que as pessoas que teriam iniciado o consumo de tabaco de forma esporádica na adolescência face às pessoas que iniciaram o consumo só em adulto demonstram uma percepção de saúde ao nível da função física significativamente superior. Quanto aos hábitos tabágicos no momento presente (*efeito principal*), constatamos um efeito significativo, segundo a Análise de Variância Fatorial sobre quase a totalidade das medidas de estado de saúde (*Função Física*: $F_{1,354} = 11,238$; $p = 0,001$; $\pi =$

0,917; *Desempenho Físico*: $F_{1,354} = 11,467$; $p = 0,001$; $\pi = 0,922$; *Dor Corporal*: $F_{1,354} = 13,874$; $p < 0,0001$; $\pi = 0,960$).

Vejam os quadro seguinte para avaliar o efeito principal isolado sobre as diferentes medidas de saúde:

Quadro 241: Estimativas Médias Marginais das Medidas de Estado de Saúde Físicas em função dos hábitos tabágicos em adulto.

Medidas de Estado de Saúde Físicas	Hábitos Tabágicos	M(EP)	I.C. 95%	d_x	p-value ^(a)
Função Física	Fumador	92,00(1,14)	89,76-94,23	5,827	0,001
	Ex-fumador	86,17(1,31)	83,58-88,76		
Desempenho Físico	Fumador	92,45(1,33)	89,84-95,06	6,875	0,001
	Ex-fumador	85,58(1,54)	82,56-88,60		
Dor Corporal	Fumador	80,02(1,64)	76,79-83,24	9,337	<0,0001
	Ex-fumador	70,68(1,90)	66,95-74,41		
Saúde em Geral	Fumador	67,71(1,17)	65,41-70,01	3,285	0,067
	Ex-fumador	64,43(1,35)	61,76-67,09		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Segundo o teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*, verificamos que as pessoas que fumam atualmente tendem a apresentar significativamente melhores condições de saúde física (função e desempenho físico e menor impacto da dor corporal) comparativamente às pessoas que são ex-fumadoras. No entanto, apesar de não se observarem diferenças significativas ao nível do índice de saúde em geral verificamos mais uma vez que os fumadores demonstraram melhor perceção comparativamente aos ex-fumadores.

Face ao exposto, também propusemos compreender, de forma multivariada, o contributo do efeito combinado das variáveis independentes quer de forma isolada na explicação da percepção geral do estado de saúde ao nível mental. O quadro seguinte apresenta o *design* fatorial (efeitos combinados e efeitos principais) para posterior aplicação da estatística multivariada.

Quadro 242: *Design* fatorial dos anos de consumo (classes), início do consumo de tabaco na adolescência e os hábitos tabágicos na vida adulta ao nível das medidas de estado de saúde mental.

Índices de Saúde	Tabaco Adolescência	Anos de consumo	Hábitos Tabágicos (Vida Adulta)		
			Fumador	Não fumador ^(a)	Total
			M±DP	M±DP	M±DP
Vitalidade	Sim	≤ 20 anos	86,52±12,02	70,90±20,92	77,11±19,41
		≥ 21 anos	78,64±18,39	66,75±20,27	74,71±19,76
		Total	80,92±17,12	69,06±20,62	75,69±19,61
	Não	≤ 20 anos	72,27±19,75	76,89±13,56	74,38±17,26
		≥ 21 anos	64,51±18,63	60,95±16,48	63,47±17,99
		Total	68,11±19,45	71,12±16,46	69,25±18,38
	Total	≤ 20 anos	78,38±18,22	73,45±18,30	75,76±18,37
		≥ 21 anos	73,18±19,67	64,75±19,11	70,52±19,84
		Total	75,10±19,27	69,86±19,07	72,93±19,33
Função Social	Sim	≤ 20 anos	99,63±0,91	87,00±18,72	92,02±15,76
		≥ 21 anos	93,52±11,37	77,50±22,32	88,22±17,48
		Total	95,29±9,98	82,78±20,83	89,77±16,87
	Não	≤ 20 anos	86,65±19,33	92,91±12,69	89,51±16,82
		≥ 21 anos	79,90±23,46	76,19±23,35	78,82±23,33
		Total	83,03±21,80	86,85±18,94	84,48±20,78
	Total	≤ 20 anos	92,21±15,92	89,51±16,60	90,78±16,29
		≥ 21 anos	88,26±18,26	77,05±22,50	84,72±20,32
		Total	89,72±17,50	84,38±20,14	87,50±18,80
Desempenho Emocional	Sim	≤ 20 anos	99,60±0,79	91,33±14,58	94,62±11,99
		≥ 21 anos	99,28±3,53	87,50±17,50	95,39±11,78
		Total	99,37±3,01	89,63±15,96	95,07±11,84
	Não	≤ 20 anos	89,77±17,50	99,23±1,15	94,09±13,70
		≥ 21 anos	84,97±21,41	80,95±28,15	83,80±23,44
		Total	87,19±19,74	92,61±18,91	89,25±19,55
	Total	≤ 20 anos	93,99±14,06	94,69±11,71	94,36±12,83
		≥ 21 anos	93,75±15,22	85,25±21,75	91,06±17,93
		Total	93,84±14,77	90,80±17,18	92,58±15,86
Saúde Mental	Sim	≤ 20 anos	90,91±7,50	78,24±18,66	83,28±16,40
		≥ 21 anos	87,36±11,79	75,05±18,09	83,29±15,26
		Total	88,39±10,81	76,82±18,38	83,28±15,69
	Não	≤ 20 anos	81,64±18,12	84,22±12,65	82,81±15,82
		≥ 21 anos	73,25±20,70	73,33±18,65	73,28±19,99
		Total	77,14±19,89	80,28±15,84	78,33±18,47
	Total	≤ 20 anos	85,61±15,19	80,78±16,56	83,05±16,07
		≥ 21 anos	81,91±17,20	74,46±18,15	79,55±17,80
		Total	83,27±16,55	78,18±17,45	81,16±17,09

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (a): Ex-Fumador.

Avaliando o efeito combinado *anos de consumo e hábitos tabágicos* em função de ter iniciado o consumo de tabaco ou não no período da adolescência, verificamos que as pessoas que iniciaram o consumo de tabaco de forma esporádica na adolescência e que continuam a fumar em adultos mas que fumam à menos anos apresentaram, quase na totalidade dos índices, melhor condição de

saúde mental comparativamente às pessoas que também iniciaram na adolescência e que ainda fumam no momento presente mas que fumam há mais de 21 anos.

Quanto às pessoas que só iniciaram na idade adulta o consumo e que continuam a fumar no momento presente mas que fumam há menos anos expressaram melhor condição de saúde em todos os índices comparativamente às pessoas que também iniciaram o consumo em adulto mas que fumam há 21 ou mais anos.

Quando avaliamos as pessoas que atualmente não fumam (ex-fumadores) mas que tenham iniciado o consumo esporadicamente na adolescência e que fumam há menos anos (≤ 20) apresentaram melhores índices de saúde mental em geral comparativamente às pessoas que são ex-fumadoras e que teriam também iniciado o consumo na adolescência mas que fumaram no mínimo 21 ou mais anos. Padrão semelhante ocorreu em pessoas ex-fumadores que iniciaram o consumo de tabaco já em adulto e que fumaram 20 anos ou menos. Estes perceberam melhor condição de saúde comparativamente às pessoas com o mesmo perfil de hábitos tabágicos mas com mais anos de consumo (≥ 21 anos).

Ao nível do efeito principal “*hábitos tabágicos na adolescência*”, constatamos que as pessoas que iniciaram o consumo em adultos mas sem experiência no período da adolescência revelaram, no momento presente, pior condição de saúde mental na totalidade dos índices comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado o consumo de forma ocasional no período da adolescência.

Quanto ao efeito isolado principal “*anos de consumo*”, verificamos que as pessoas que fumam ou fumaram 20 anos ou menos e que iniciaram na adolescência o consumo ocasional apresentam, em média, resultados mais elevados de vitalidade e função social comparativamente às pessoas que fumam ou fumaram há mais anos. No entanto, constatamos valores médios semelhantes de desempenho emocional e bem-estar psicológico entre a classe de anos de consumo em pessoas que indicaram ter iniciado o consumo na adolescência. As pessoas que indicaram ter iniciado o consumo em adultos mas que têm menos anos de hábitos tabágicos apresentaram, na totalidade dos índices, melhores resultados de saúde comparativamente às pessoas que fumam há mais anos.

Por fim, o efeito principal isolado “*hábitos tabágicos em adulto*” constatamos que os valores médios revelam ser tendencialmente superiores nos habitantes que atualmente fumam comparativamente aos ex-fumadores.

Tendo por base as análises preliminares anteriores propusemos de seguida a mesma estratégia de análise aplicada às Medidas de Estado de Saúde Físicas. Procuramos avaliar o impacto destes efeitos principais combinados (interação) ao nível mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 243: Análise de Variância Multivariada da Anos de consumo, Início de Consumo (Adolescência) e Hábitos Tabágicos (Adulto) sobre as Medidas de Estado de Saúde Mentais.

Multivariate Tests								
	Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	$p(U)$	$p(\lambda_1)$	$\eta_p^2(U)$	$\eta_p^2(\lambda_1)$	$\pi^{(a)}$
	1)	0,080	0,085	<0,0001	<0,0001	0,08	0,08	0,996
	2)	0,046	0,048	0,002	0,002	0,046	0,046	0,922
	3)	0,037	0,038	0,011	0,011	0,037	0,037	0,838
	1 × 2 × 3	0,133	0,118	<0,0001	<0,0001	0,033	0,110	0,999
	<i>Intercept</i>	0,976	39,840	<0,0001	<0,0001	0,976	0,976	1,000

Test of Between-Subjects Effects							
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\phi_1^{(b)}$	$\phi_2^{(c)}$	F	p
Anos de consumo (Classes)	Vitalidade	6237,208	330,432	1	349	18,876	<0,0001
	Função Social	7462,321	307,377	1	349	24,277	<0,0001
	Desempenho Emocional	3626,161	215,963	1	349	16,791	<0,0001
	Saúde Mental	3304,900	260,766	1	349	12,674	<0,0001
Início de Consumo (Adolescência)	Vitalidade	3880,814	330,432	1	349	11,745	0,001
	Função Social	2366,923	307,377	1	349	7,700	0,006
	Desempenho Emocional	2538,755	215,963	1	349	11,756	0,001
	Saúde Mental	1785,824	260,766	1	349	6,848	0,009
Hábitos Tabágicos (Adulto)	Vitalidade	3417,675	330,432	1	349	10,343	0,001
	Função Social	3330,816	307,377	1	349	10,836	0,001
	Desempenho Emocional	1042,554	215,963	1	349	4,827	0,029
	Saúde Mental	2434,298	260,766	1	349	9,335	0,002

Efeitos Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\phi_1^{(b)}$	$\phi_2^{(c)}$	F	p
Anos de consumo (Classes) × Idade Início (Adolescência) × Hábitos Tabágicos	Vitalidade	1571,602	330,432	4	349	4,756	0,001
	Função Social	1819,774	307,377	4	349	5,920	<0,0001
	Desempenho Emocional	2006,407	215,963	4	349	9,291	<0,0001
Hábitos Tabágicos	Saúde Mental	1410,336	260,766	4	349	5,408	<0,0001

<i>Modelo Corrigido (V)</i>	2527,893	330,432	7	349	7,650	<0,0001
<i>Modelo Corrigido (FS)</i>	2692,233	307,377	7	349	8,621	<0,0001
<i>Modelo Corrigido (DE)</i>	2021,658	215,963	7	349	9,361	<0,0001
<i>Modelo Corrigido (SM)</i>	1856,676	260,766	7	349	7,120	<0,0001

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) ϕ_1 : graus de liberdade do fator; (c) ϕ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Anos de consumo de tabaco (classes); 2) Início de consumo na Adolescência; 3) Hábitos Tabágicos em Adulto.

Segundo o design estatístico Análise da Variância Multivariada verificamos a presença do efeito de interação entre todos os fatores principais em estudo no compósito multivariado das medidas de estado de saúde mental, segundo as estatísticas dos testes aplicados ($U_{1 \times 2 \times 3} = 0,133$; $F = 2,995$; $p < 0,0001$; $\lambda_{1 \times 2 \times 3} = 0,118$; $F = 10,314$; $p < 0,0001$). Quanto aos efeitos principais isolados, constatamos que todos os efeitos demonstraram um efeito no compósito das várias medidas de estado de saúde ($U_{\text{anos consumo}} = 0,078$; $F = 7,329$; $p < 0,0001$; $U_{\text{tabaco adolescência}} = 0,046$; $F = 4,194$; $p = 0,002$; $U_{\text{hábitos consumo}} = 0,037$; $F = 3,303$; $p = 0,011$). No que diz respeito à potência de teste (π) constatamos, quer ao nível do efeito de interação quer ao nível dos efeitos principais isolados que apresentaram boas potências de teste ($\pi \geq 0,8$). Quanto à dimensão do efeito, constatamos que o efeito de interação apresentou uma baixa magnitude segundo a estatística de *Traço de Pillay* ($\eta_{pU:1 \times 2 \times 3}^2 = 0,033$) mas assumindo uma posição menos conservadora na avaliação do efeito este foi considerado “médio” com recurso à estatística da *Maior Raiz de Roy* ($\eta_{p\lambda:1 \times 2 \times 3}^2 = 0,106$). Quanto

aos efeitos principais, segundo as estatísticas multivariadas constatamos que os “*hábitos tabágicos (adulto)*” apresentaram uma baixa magnitude ($\eta^2_{pU:3}=0,037$), e o “*início do consumo na adolescência*” e “*anos de consumo (classes)*” revelaram dimensões o efeito médios ($\eta^2_{pU:2}=0,046$; $\eta^2_{pU:1}=0,08$).

Com recurso à Análise de Variância Fatorial constatamos que no *efeito de interação* entre os efeitos principais observaram-se diferenças médias significativas ao nível dos índices de *vitalidade* ($F_{(4;349)} = 4,756; p = 0,001; \pi = 0,952$), *função social* ($F_{(4;349)} = 5,920; p < 0,0001; \pi = 0,984$), *dor corporal* ($F_{(4;349)} = 9,291; p < 0,0001; \pi = 1,00$) e *saúde em geral* ($F_{(4;349)} = 5,408; p < 0,0001; \pi = 0,974$).

Quanto ao efeito de interação entre o *início do consumo de tabaco na adolescência*, *anos de consumo* e *tipo de fumador* no momento atual, constatamos que as pessoas que atualmente fumam e que tenham iniciado o consumo na adolescência mas com um histórico de consumo de tabaco ≤ 20 anos apresentam maior vitalidade e energia comparativamente às pessoas que fumam há mais ($\hat{\psi} = 7,873; F_{(1;201)} = 4,225; p = 0,041; I.C. 95\% = [0,321; 15,426]$). Porém, as pessoas que atualmente são ex-fumadoras e que iniciaram o consumo na adolescência não apresentaram diferenças médias significativas entre o número de anos de consumo ($\hat{\psi} = 4,132; F_{(1;201)} = 1,113; p = 0,293; I.C. 95\% = [-3,592; 11,856]$).

414

Quanto ao grupo de pessoas que iniciaram o consumo já no período de vida adulta e que atualmente são fumadores e com menos anos de consumo (≤ 20 anos) revelam melhor condição de saúde ao nível da *vitalidade* comparativamente às pessoas com um histórico de consumo de tabaco > 20 anos ($\hat{\psi} = 7,763; F_{(1;149)} = 4,592; p = 0,034; I.C. 95\% = [0,605; 14,921]$). Também as pessoas que iniciaram o consumo de tabaco na vida adulta mas que atualmente são ex-fumadoras e que tiveram menos anos de consumo expressaram significativamente maior energia e vitalidade no momento presente comparativamente às pessoas que fumaram 21 anos ou mais ($\hat{\psi} = 15,940; F_{(1;149)} = 10,981; p = 0,001; I.C. 95\% = [6,435; 25,444]$).

Ao nível do *índice função social* constatamos que as pessoas que iniciaram o consumo na adolescência mas com menos anos de consumo (≤ 20 anos) e que atualmente fumam diferem de forma marginalmente significativa neste índice face às pessoas que consomem há 21 anos ou mais ($\hat{\psi} = 6,116; F_{(1;204)} = 3,622; p = 0,058; I.C. 95\% = [6,266; 20,439]$). No entanto, as pessoas que atualmente são ex-fumadoras apesar de terem iniciado o consumo de tabaco na adolescência e com menos anos de consumo apresentam significativamente uma melhor função social comparativamente às pessoas com 21 anos ou mais de consumo ($\hat{\psi} = 9,936; F_{(1;204)} = 9,472; p = 0,002; I.C. 95\% = [3,571; 16,301]$).

Porém, os habitantes que indicaram não ter iniciado o consumo na adolescência mas sim em adultos e que são atualmente fumadores mas com menos anos de consumo (≤ 20 anos) apresentam marginalmente melhor função social de forma significativa em relação a pessoas com mais anos de consumo ($\hat{\psi} = 7,321; F_{(1;150)} = 3,133; p = 0,079; I.C. 95\% = [-0,852; 15,494]$). Quanto aos habitantes que atualmente são ex-fumadores, que iniciaram o consumo de tabaco na vida adulta mas com 20 anos de consumo ou menos, revelam melhor função social de forma estatisticamente significativa comparativamente a ex-fumadores com mais anos de consumo ($\hat{\psi} = 16,715; F_{(1;150)} = 9,179; p = 0,003; I.C. 95\% = [5,814; 27,616]$).

No que diz respeito ao índice de *desempenho emocional* não se observaram diferenças médias significativas nos habitantes com histórico de consumo de tabaco na adolescência em função do número de anos de consumo (classes) por tipo de fumador ($\hat{\psi}_{fumador} = 0,323; F_{(1;201)} = 0,020; p = 0,887; I.C. 95\% =] - 4,168; 4,813[; \hat{\psi}_{ex-fumador} = 3,186; F_{(1;201)} = 1,872; p = 0,173; I.C. 95\% =] - 1,406; 7,779[$).

Os habitantes que iniciaram o consumo de tabaco em adulto e que atualmente são fumadores não apresentaram diferenças médias de desempenho em função do número de anos de consumo ($\hat{\psi} = 4,805; F_{(1;150)} = 1,563; p = 0,213; I.C. 95\% =] - 2,789; 12,400[$). Porém, em sentido contrário, as pessoas que atualmente são ex-fumadoras e que não iniciaram o consumo na adolescência e com menor número de anos de consumo apresentam melhores resultados de saúde ao nível emocional quando comparados com as pessoas com 21 anos ou mais de consumo de tabaco ($\hat{\psi} = 17,413; F_{(1;150)} = 11,988; p = 0,001; I.C. 95\% =]7,476; 27,350[$).

Por fim, ao nível do bem-estar psicológico, também não se observaram diferenças médias significativas nos habitantes com histórico de consumo de tabaco na adolescência em função do número de anos de consumo (classes) por tipo de fumador ($\hat{\psi}_{fumador} = 3,551; F_{(1;200)} = 1,383; p = 0,241; I.C. 95\% =] - 2,403; 9,505[; \hat{\psi}_{ex-fumador} = 3,190; F_{(1;200)} = 1,058; p = 0,305; I.C. 95\% =] - 2,926; 9,306[$).

Quanto às pessoas que só iniciaram o consumo de tabaco em adulto e que atualmente são fumadoras mas com menor número de anos de consumo apresentam, em média, melhor perceção de desempenho emocional comparativamente às pessoas com mais anos ($\hat{\psi} = 8,381; F_{(1;149)} = 5,123; p = 0,025; I.C. 95\% =]1,064; 15,699[$). Perfil semelhante ocorreu em ex-fumadores que iniciaram o consumo de tabaco em adultos e com menos anos de consumo ($\hat{\psi} = 10,883; F_{(1;149)} = 4,899; p = 0,028; I.C. 95\% =]1,167; 20,599[$).

Ao efeito isolado “*anos de consumo (classes)*”, segundo a Análise de Variância Fatorial, revelou ter um efeito significativo na totalidade dos índices de saúde (*Vitalidade*: $F_{(1;349)} = 18,876; p < 0,0001; \pi = 0,991$; *Função social*: $F_{(1;349)} = 24,277; p < 0,0001; \pi =$

0,998; *Desempenho emocional*: $F_{(1;349)} = 16,791; p < 0,0001; \pi = 0,983$; *Saúde Mental*: $F_{(1;349)} = 12,674; p < 0,0001; \pi = 0,944$).

Face ao exposto vejamos o quadro seguinte quanto à comparação de médias entre os grupos:

Quadro 244: Estimativas Médias Marginais das Medidas de Estado de Saúde Mentais em função dos anos de consumo.

Medidas de Estado de Saúde Mentais	Anos de Consumo	M(EP)	I.C. 95%	d_x	p-value ^(a)
Vitalidade	≤ 20 anos	76,65(1,44)	73,82-79,47	8,931	<0,0001
	> 20 anos	67,71(1,47)	64,82-70,60		
Função Social	≤ 20 anos	91,55(1,39)	88,82-94,27	9,769	<0,0001
	> 20 anos	81,78(1,42)	78,99-84,57		
Desempenho Emocional	≤ 20 anos	94,99(1,16)	92,70-97,27	6,810	<0,0001
	> 20 anos	88,18(1,19)	85,84-90,51		
Saúde Mental	≤ 20 anos	83,75(1,28)	81,24-86,26	6,501	<0,0001
	> 20 anos	77,25(1,31)	74,68-79,82		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Com recurso ao teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni* verificamos que as pessoas com menos anos de consumo (≤ 20 anos) apresentaram melhores resultados médios de saúde mental comparativamente às pessoas com mais anos de hábitos tabágicos.

O efeito isolado “*início de consumo de tabaco na adolescência*”, segundo a Análise de Variância Fatorial, revelou ter um efeito significativo na totalidade dos índices de saúde (*Vitalidade*: $F_{(1;349)} = 11,745; p = 0,001; \pi = 0,928$; *Função social*: $F_{(1;349)} = 7,700; p = 0,006; \pi = 0,790$; *Desempenho emocional*: $F_{(1;349)} = 11,756; p = 0,001; \pi = 0,928$; *Saúde Mental*: $F_{(1;349)} = 6,848; p = 0,009; \pi = 0,742$). Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 245: Estimativas Médias Marginais das Medidas de Estado de Saúde Mentais em função do início do consumo na adolescência.

Medidas de Estado de Saúde Mentais	Consumo na Adolescência	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Vitalidade	Sim	75,70(1,35)	73,06-78,35	7,045	0,001
	Não	68,66(1,55)	65,60-71,71		
Função Social	Sim	89,41(1,30)	86,86-91,97	5,502	0,006
	Não	83,91(1,50)	80,96-86,86		
Desempenho Emocional	Sim	94,43(1,09)	92,29-96,57	5,698	0,001
	Não	88,73(1,23)	86,26-91,20		
Saúde Mental	Sim	82,89(1,20)	80,54-85,24	4,779	0,009
	Não	78,11(1,38)	75,40-80,83		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Recorrendo ao mesmo teste de comparações múltiplas verificamos que as pessoas que indicaram ter iniciado o consumo na vida adulta apresentaram piores resultados médios em geral ao nível da saúde mental comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado o seu consumo na adolescência.

O efeito isolado “*Hábitos tabágicos em adulto*”, segundo a Análise de Variância Fatorial, revelou ter um efeito significativo na totalidade dos índices de saúde (*Vitalidade*: $F_{(1;349)} = 10,343; p = 0,001; \pi = 0,894$; *Função social*: $F_{(1;349)} = 10,836; p = 0,001; \pi =$

0,907; *Desempenho emocional*: $F_{(1,349)} = 4,827$; $p = 0,029$; $\pi = 0,600$; *Saúde Mental*: $F_{(1,349)} = 9,335$; $p = 0,002$; $\pi = 0,861$). Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 246: Estimativas Médias Marginais das Medidas de Estado de Saúde Mentais em função dos hábitos tabágicos (Adulto).

Medidas de Estado de Saúde Mentais	Hábitos Tabágicos	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Vitalidade	Fumador	75,49(1,33)	72,88-78,09	6,611	0,001
	Ex-fumador	68,87(1,57)	65,78-71,97		
Função Social	Fumador	89,93(1,23)	87,41-92,44	6,527	0,001
	Ex-fumador	83,40(1,52)	80,42-86,38		
Desempenho Emocional	Fumador	93,41(1,07)	91,30-95,51	3,652	0,029
	Ex-fumador	89,75(1,27)	87,26-92,25		
Saúde Mental	Fumador	83,29(1,18)	80,98-85,60	5,580	0,002
	Ex-fumador	77,71(1,40)	74,96-80,46		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

As pessoas que eram fumadoras no momento presente demonstram melhores resultados de saúde mental comparativamente às pessoas que indicaram ter deixado de fumar.

2.4.2.3.2 – HÁBITOS ALIMENTARES

Procuramos de seguida compreender o impacto do comportamento alimentar no período da adolescência na percepção geral de saúde (Física e Mental). Face ao exposto vejamos o quadro seguinte:

Quadro 247: Frequência de refeições na adolescência ao nível das medidas de estado de saúde físicas.

Período de Vida	Índices de Saúde	N	M±DP	IC 95%	
Adolescência	Função Física (p=0,372)	<3 Refeições	41	81,95±25,27	73,97-89,93
	=> 3 Refeições	942	86,89±17,19	85,79-87,99	
Desempenho Físico (p=0,813)	<3 Refeições	41	82,93±25,50	74,88-90,98	
	=> 3 Refeições	946	85,98±20,39	84,68-87,28	
Dor Corporal (p=0,176)	<3 Refeições	41	65,61±27,82	56,83-74,39	
	=> 3 Refeições	951	71,84±23,18	70,36-73,31	
Saúde em Geral (p=0,336)	<3 Refeições	41	60,15±19,66	53,94-66,35	
	=> 3 Refeições	947	62,89±17,22	61,79-63,99	
Vitalidade (p=0,972)	<3 Refeições	40	64,63±27,88	55,71-73,54	
	=> 3 Refeições	926	67,33±20,42	66,01-68,65	
Função Social (p=0,050)	<3 Refeições	40	75,31±26,63	66,80-83,83	
	=> 3 Refeições	934	84,18±18,78	82,97-85,39	
Desempenho Emocional (p=0,346)	<3 Refeições	40	85,63±19,52	79,38-91,87	
	=> 3 Refeições	926	88,66±18,11	87,49-89,83	
Saúde Mental (p=0,343)	<3 Refeições	40	73,20±21,97	66,17-80,23	
	=> 3 Refeições	925	77,57±17,60	76,44-78,71	

Teste: Wilcoxon-Mann-Whitney

No que diz respeito ao período da adolescência, não se observaram diferenças significativas de percepção de estado de saúde entre os diferentes índices, ao nível físico, em função do tipo de frequência de refeições/dia. Mas constatamos que as pessoas que tinham por hábito praticar 3 ou mais refeições/dia mantinham uma melhor percepção de estado de saúde face às pessoas com menor frequência de refeições/dia.

No entanto verificamos a presença de diferenças significativas ao nível da função social entre as pessoas que tinham por hábito consumir menos de 3 refeições por dia comparativamente às que consumiam 3 ou mais. Este índice foi significativamente mais elevado em pessoas que consumiam entre 3 ou mais refeições. Padrão semelhante de perceção de saúde ocorreu nos restantes índices mas que não apresentaram diferenças significativas entre os grupos de frequência de refeição.

Procuramos, nesta etapa da investigação, avaliar se os hábitos alimentares, no que diz respeito à frequência alimentar, no período da adolescência teria um padrão comportamental diferente ao que os habitantes indicaram no momento presente, isto é, no período da vida adulta.

No sentido de otimizar os resultados propusemos a seguinte classificação de frequência de refeições: <3 refeições/dia e ≥3 refeições/dia⁴⁶. Vejamos o quadro seguinte:

Constatamos que não se registaram alterações significativas da frequência de refeições principais por dia em função do período de vida em estudo ($p > 0,05$). No entanto, das 41 pessoas que indicaram inicialmente terem duas refeições principais na sua vida de adolescente, 68,3% passou no momento presente a ter como hábito consumir 3 ou mais refeições principais por dia.

Quadro 248: Frequência de refeições entre a adolescência e a vida adulta.

Refeições por dia (Adolescência)		N.º de refeições diárias (Adulto)		Total
		≥3 Refeições	<3 Refeições	
<3 Refeições	n	28	13	41
	% linha	68,3%	31,7%	100,0%
	% coluna	2,9%	34,2%	4,1%
	% Total	2,8%	1,3%	4,1%
≥ 3 Refeições	n	926	25	951
	% linha	97,4%	2,6%	100,0%
	% coluna	97,1%	65,8%	95,9%
	% Total	93,3%	2,5%	95,9%
Total	n	954	38	992
	% linha	96,2%	3,8%	100,0%
	% coluna	100,0%	100,0%	100,0%
	% Total	96,2%	3,8%	100,0%

Teste: McNemar. $p = 0,784$

Das 951 pessoas que indicaram inicialmente na adolescência ter por hábito a prática de 3 ou mais refeições por dia verificamos que a maioria destas (97,4%) manteve o mesmo comportamento na vida adulta. No momento presente 96,2% dos habitantes indicaram comer 3 ou mais refeições principais por dia.

Propusemos de seguida compreender, de forma multivariada, o contributo, quer do efeito combinado quer dos efeitos isolados das variáveis independentes, na explicação da perceção geral do estado de saúde ao nível físico e mental.

⁴⁶ A transformação desta variável teve por base o equilíbrio das amostras quanto ao seu tamanho (n_{ij}) para que permitisse uma melhor robustez na estimação de resultados nos *designs* estatísticos aplicados.

O quadro seguinte apresenta o *design* fatorial descritivo (efeitos combinados e efeitos principais) para aplicação posterior da estatística multivariada.

Quadro 249: Frequência alimentar entre a adolescência e a vida adulta com as medidas de estado de saúde física.

Índices de Saúde	Frequência de Refeições (Adolescência)	N.º de refeições diárias (Vida Adulta)		
		Refeições		Total
		<3	≥3	
		M±DP	M±DP	M±DP
Função Física	<3 Refeições	72,69±34,62	86,25±18,79	81,95±25,27
	=> 3 Refeições	80,87±22,10	87,04±17,08	86,87±17,24
	Total	78,07±26,85	87,02±17,12	86,67±17,66
Desempenho Físico	<3 Refeições	77,88±34,20	85,27±20,64	82,93±25,50
	=> 3 Refeições	83,00±25,93	86,20±20,12	86,11±20,29
	Total	81,25±28,66	86,17±20,13	85,98±20,53
Dor Corporal	<3 Refeições	57,69±34,45	69,29±23,97	65,61±27,82
	=> 3 Refeições	64,72±30,25	72,14±22,91	71,94±23,15
	Total	62,32±31,47	72,05±22,94	71,67±23,38
Saúde em Geral	<3 Refeições	55,15±24,52	62,46±16,97	60,15±19,66
	=> 3 Refeições	62,48±21,23	62,97±17,12	62,96±17,23
	Total	59,97±22,36	62,96±17,11	62,84±17,34

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão

Ao observarmos o quadro anterior, verificamos ao nível do período da adolescência, que as pessoas que tinham por hábito praticar menos de três refeições diárias apresentavam menor função e desempenho físico, maior impacto da dor na sua rotina diária e menor condição de saúde em geral, face as pessoas que tinham por hábito praticar 3 ou mais refeições apesar de todas estas pessoas consumirem menos de 3 refeições diárias por dia na vida adulta.

No que diz respeito às pessoas que na vida adulta praticam uma frequência alimentar de 3 ou mais refeições principais, mas que na sua adolescência autodeclararam menos de 3 refeições diárias, apresentam índices ligeiramente inferiores de função e desempenho físico, maior impacto da dor na sua rotina diária e menor condição de saúde em geral comparativamente às pessoas que mantiveram a mesma frequência de refeições entre a adolescência e a vida adulta.

Quanto aos efeitos principais e como constatado anteriormente no quadro 249 as pessoas que apresentaram durante a adolescência uma maior frequência alimentar de refeições principais ≥ 3 apresentaram, em média, melhor condição de saúde física na totalidade dos índices comparativamente às pessoas que teriam por hábito uma menor frequência de refeições na adolescência. Já na vida adulta, constatamos que as pessoas que indicaram consumir ≥ 3 refeições principais diariamente, revelam maior condição de saúde física em todos os índices comparativamente às pessoas que têm por hábito atualmente consumir menos de 3 refeições principais.

O quadro seguinte apresenta as estatísticas sumárias multivariadas dos efeitos combinados e dos efeitos principais em estudo:

Quadro 250: Análise de Variância Multivariada da frequência de refeições na Adolescência e vida adulta sobre as Medidas de Estado de Saúde Física.

Multivariate Tests								
	Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	p (U)	p (λ_1)	η_p^2 (U)	η_p^2 (λ_1)	$\pi^{(a)}$
	1)	0,002	0,002	0,715	0,715	0,002	0,002	0,179
	2)	0,010	0,010	0,048	0,048	0,010	0,010	0,694
	1 × 2	0,002	0,002	0,806	0,806	0,002	0,002	0,145
	<i>Intercept</i>	0,723	2,609	<0,0001	<0,0001	0,723	0,723	1,000
Test of Between-Subjects Effects								
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p	
Frequência de Refeições (Adolescência)	Função Física	522,624	309,320	1	972	1,690	0,194	
	Desempenho Físico	237,683	421,567	1	972	,564	0,453	
	Dor Corporal	634,580	544,169	1	972	1,166	0,280	
	Saúde em Geral	399,465	300,631	1	972	1,329	0,249	
Frequência de Refeições (Vida adulta)	Função Física	2532,152	309,320	1	972	8,186	0,004	
	Desempenho Físico	728,187	421,567	1	972	1,727	0,189	
	Dor Corporal	2350,296	544,169	1	972	4,319	0,038	
	Saúde em Geral	396,267	300,631	1	972	1,318	0,251	
Efeito Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p	
Freq. Ref. (Adolescência) ×	Função Física	354,763	309,320	1	972	1,147	0,284	
	Desempenho Físico	113,973	421,567	1	972	0,270	0,603	
Freq. Ref. (Vida adulta)	Dor Corporal	113,556	544,169	1	972	0,209	0,648	
	Saúde em Geral	302,167	300,631	1	972	1,005	0,316	
	<i>Modelo Corrigido (FF)</i>	1170,286	309,320	3	972	3,783	0,010	
	<i>Modelo Corrigido (DF)</i>	377,051	421,567	3	972	0,894	0,443	
	<i>Modelo Corrigido (DC)</i>	1367,842	544,169	3	972	2,514	0,057	
	<i>Modelo Corrigido (SG)</i>	263,900	300,631	3	972	0,878	0,452	

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Frequência de refeições (Adolescência); 2) Frequência de Refeições (Vida Adulta); 1×2 Efeito de Interação entre “Frequência de refeições (Adolescência)” e a “Frequência de Refeições (Vida Adulta)”.

Como podemos verificar no quadro anterior, não se registou um efeito de interação significativo entre os efeitos principais no compósito multivariado das medidas de estado de saúde físicas ($U_{1 \times 2} = 0,002$; $F = 0,404$; $p = 0,806$). Porém, quanto aos efeitos principais, só o efeito “frequência de refeições/dia” em adulto foi significativo e com impacto no compósito multivariado das referidas medidas em estudo ($U = 0,010$; $F = 2,404$; $p = 0,048$). Com recurso à Análise de Variância Fatorial a II fatores é que constatamos que o efeito principal em observação revelou efeito significativo nos índices de “função física” e “dor corporal” mas não revelando impacto nos restantes índices de saúde.

Com recurso ao testes de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*, para o efeito principal “frequência de refeições/dia” em adulto, verificamos que as pessoas com uma prática de frequência de 3 ou mais refeições principais diárias tendem a apresentar significativamente melhor função e menor impacto da dor na sua rotina diária comparativamente às pessoas que têm por hábito menos de 3 refeições principais diárias por dia. Ao nível da saúde em geral e desempenho físico não se registaram diferenças médias significativas entre os grupos de frequência de refeições mas as pessoas que têm por hábito praticar 3 ou mais refeições diárias

apresentam ligeiramente melhor condição física e de saúde em geral face às pessoas com menos de 3 refeições/dia (Quadro 180).

Quadro 251: Comparações múltiplas na frequência de refeições na vida adulta em função das medidas de estado de saúde físicas

Medidas de Estado de Saúde Físicas	Frequência de Refeição (Vida Adulta)	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Função Física	<3 Refeições	76,8(3,0)	70,9-82,7	-9,865	0,004
	=> 3 Refeições	86,6(1,7)	83,3-90,0		
Desempenho Físico	<3 Refeições	80,4(3,5)	73,6-87,3	-5,290	0,189
	=> 3 Refeições	85,7(2,0)	81,9-89,6		
Dor Corporal	<3 Refeições	61,2(4,0)	53,4-69,0	-9,504	0,038
	=> 3 Refeições	70,7(2,2)	66,3-75,1		
Saúde em Geral	<3 Refeições	58,8(3,0)	53,0-64,6	-3,903	0,251
	=> 3 Refeições	62,7(1,7)	59,5-66,0		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Propusemos de seguida compreender, de forma multivariada, o contributo do efeito combinado das variáveis independentes de forma isolada na explicação da perceção geral do estado de saúde ao nível mental. O quadro seguinte apresenta o *design* fatorial descritivo (efeitos combinados e efeitos principais) para aplicação posterior da estatística multivariada.

Quadro 252: *Design* fatorial da frequência alimentar entre a adolescência e a vida adulta ao nível das medidas de estado de saúde mental.

Índices de Saúde	Frequência de Refeições Adolescência	N.º de refeições diárias (Vida Adulta)		
		Refeições		Total
		<3 Refeições	≥3 Refeições	M±DP
Vitalidade	<3 Refeições	55,00±29,51	69,26±26,37	64,63±27,88
	≥ 3 Refeições	55,60±24,17	67,66±20,22	67,34±20,41
	Total	55,39±25,72	67,71±20,41	67,22±20,77
Função Social	<3 Refeições	58,65±29,49	83,33±21,37	75,31±26,63
	≥ 3 Refeições	72,50±23,66	84,58±18,45	84,25±18,70
	Total	67,76±26,26	84,54±18,53	83,88±19,16
Desempenho Emocional	<3 Refeições	81,41±22,61	87,65±17,96	85,63±19,52
	≥ 3 Refeições	86,33±19,82	88,80±18,02	88,73±18,07
	Total	84,65±20,64	88,76±18,01	88,60±18,13
Saúde Mental	<3 Refeições	61,85±24,14	78,67±18,96	73,20±21,97
	≥ 3 Refeições	65,28±23,46	77,96±17,19	77,61±17,50
	Total	64,11±23,43	77,98±17,23	77,43±17,71

Ao nível do efeito combinado verificamos que as pessoas que indicaram no momento presente a prática de consumo diário inferior a 3 refeições/dia e que no período da adolescência tinham por hábito praticar também a mesma frequência de refeições demonstraram, em média, menor função social, desempenho emocional e bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que autodeclararam praticar 3 ou mais refeições diárias principais. Quanto ao índice de vitalidade, este revelou um padrão médio semelhante entre os grupos em estudo.

Quanto às pessoas que na vida adulta autodeclararam praticar 3 ou mais refeições diárias, e que já mantinham este comportamento na adolescência apresentaram ligeiramente menor energia (vitalidade) e bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que teriam praticado nesse

período de tempo menos de 3 refeições/dia, mas que adotaram na vida adulta o consumo de 3 ou mais refeições principais.

Em sentido contrário, verificamos que na vida adulta as pessoas que praticam três ou mais refeições diárias e que já tinham por hábito esta mesma prática na adolescência apresentam, em média, uma melhor função social e desempenho emocional, comparativamente a pessoas que indicaram ter praticado menos de 3 refeições principais por dia na adolescência.

Quanto aos efeitos principais, ao nível das médias marginais totais, quanto à frequência de refeições no período da adolescência, podemos afirmar que as pessoas que consumiam 3 ou mais refeições principais por dia demonstraram, em média, índices de saúde mental mais positivos face às pessoas que nesta fase da sua vida não tinham este tipo de comportamento alimentar.

Quanto ao efeito principal isolado *frequência alimentar na vida adulta*, também registamos valores médios marginais, relativamente superiores em todos os índices de saúde mental quando as pessoas indicaram consumir 3 ou mais refeições principais por dia comparativamente às pessoas que não têm por hábito este tipo de frequência alimentar.

Face ao exposto vejamos o quadro seguinte com as estatísticas sumárias multivariadas dos efeitos combinados e dos efeitos principais em estudo:

Quadro 253: Análise de Variância Multivariada da frequência de refeições na Adolescência e vida adulta sobre as Medidas de Estado de Saúde Mental.

Multivariate Tests								
	Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	$p(U)$	$p(\lambda_1)$	$\eta_p^2(U)$	$\eta_p^2(\lambda_1)$	$\pi^{(a)}$
	1)	0,008	0,008	0,124	0,124	0,008	0,008	0,554
	2)	0,033	0,034	<0,0001	<0,0001	0,033	0,033	0,998
	1 × 2	0,004	0,004	0,416	0,416	0,004	0,004	0,313
	Intercept	0,743	2,896	<0,0001	<0,0001	0,743	0,743	1,000
Test of Between-Subjects Effects								
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p	
Frequência de Refeições (Adolescência)	Vitalidade	6,387	426,781	1	955	0,015	0,903	
	Função Social	1468,448	355,842	1	955	4,127	0,042	
	Desempenho Emocional	237,153	328,876	1	955	0,721	0,396	
	Saúde Mental	47,793	307,289	1	955	0,156	0,693	
Frequência de Refeições (Vida adulta)	Vitalidade	4468,164	426,781	1	955	10,469	0,001	
	Função Social	8712,311	355,842	1	955	24,484	0,000	
	Desempenho Emocional	488,794	328,876	1	955	1,486	0,223	
	Saúde Mental	5610,058	307,289	1	955	18,257	0,000	
Efeito Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	P	
Freq. Ref. (Adolescência) × Freq. Ref. (Vida adulta)	Vitalidade	31,074	426,781	1	955	0,073	0,787	
	Função Social	1024,022	355,842	1	955	2,878	0,090	
	Desempenho Emocional	92,220	328,876	1	955	0,280	0,597	
	Saúde Mental	110,803	307,289	1	955	0,361	0,548	
	Modelo Corrigido (V)	1868,479	426,781	3	955	4,378	0,005	
	Modelo Corrigido (FS)	3984,523	355,842	3	955	11,197	0,000	
	Modelo Corrigido (DE)	286,274	328,876	3	955	0,870	0,456	
	Modelo Corrigido (SM)	2378,542	307,289	3	955	7,740	0,000	

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Frequência de refeições (Adolescência); 2) Frequência de Refeições (Vida Adulta); 1 × 2 Efeito de Interação entre “Frequência de refeições (Adolescência)” e a “Frequência de Refeições (Vida Adulta)”.

Como podemos verificar no quadro anterior, não se registou um efeito de interação significativo entre os efeitos principais no compósito multivariado das medidas de estado de saúde mentais ($U_{1 \times 2} = 0,004$; $F = 0,983$; $p = 0,416$). Porém, quanto aos efeitos principais, só o efeito “*frequência de refeições/dia*” em adulto foi significativo e com impacto no compósito multivariado das referidas medidas em estudo ($U = 0,033$; $F = 8,054$; $p < 0,0001$) o mesmo não acontecera com a “*frequência de refeições/dia*” na adolescência ($U = 0,008$; $F = 1,812$; $p = 0,124$).

Com recurso à Análise de Variância Fatorial a II fatores ambos os efeitos principais revelaram ter impacto significativo em alguns dos índices de saúde mental.

Quanto ao efeito principal “*frequência de refeições/dia*” na adolescência este só revelou efeito significativo no índice *função social* ($F_{(1,955)} = 4,127$; $p = 0,042$; $\pi = 0,60$). Com recurso ao *testes de comparações múltiplas ajustado Bonferroni* (quadro 254) constatamos que as pessoas que tinham por hábito no período da adolescência praticar 3 ou mais refeições principais no seu dia-a-dia apresentaram melhor função social comparativamente às pessoas que consumiam nessa fase da vida menos de 3 refeições principais. Ao nível da saúde mental e desempenho emocional não se registaram diferenças médias significativas entre os grupos de frequência de refeições mas as pessoas que tinham por hábito praticar 3 ou mais refeições diárias apresentam ligeiramente melhor desempenho emocional e bem-estar psicológico em geral face às pessoas com menos de 3 refeições/dia (Quadro 254).

Quadro 254: Comparações múltiplas na frequência de refeições na adolescente em função das medidas de estado de saúde mental

Medidas de Estado de Saúde Mental	Frequência de Refeição (Adolescência)	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Vitalidade	<3 Refeições	62,13(3,49)	55,29-68,97	0,498	0,903
	=> 3 Refeições	61,63(2,09)	57,52-65,74		
Função Social	<3 Refeições	70,99(3,18)	64,75-77,24	-7,545	0,042
	=> 3 Refeições	78,54(1,91)	74,79-82,29		
Desempenho Emocional	<3 Refeições	84,53(3,06)	78,53-90,54	-3,032	0,396
	=> 3 Refeições	87,56(1,84)	83,96-91,17		
Saúde Mental	<3 Refeições	70,26(2,96)	64,45-76,06	-1,361	0,693
	=> 3 Refeições	71,62(1,78)	68,13-75,11		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

No que diz respeito ao efeito principal “*frequência de refeições/dia*” em adulto revelou efeito significativo nos índices de “*vitalidade*” ($F_{(1,955)} = 10,469$; $p = 0,001$; $\pi = 0,898$), “*função social*” ($F_{(1,955)} = 24,484$; $p < 0,0001$; $\pi = 0,999$) e “*saúde mental*” ($F_{(1,955)} = 18,257$; $p < 0,0001$; $\pi = 0,990$) mas não revelando impacto no índice “*desempenho emocional*” ($F_{(1,955)} = 1,486$; $p = 0,223$; $\pi = 0,230$). Face ao exposto e com recurso ao *teste de comparações múltiplas ajustado Bonferroni* constatamos que as pessoas atualmente apresentam mais vitalidade, função social e bem-estar psicológico são as mesmas que têm por hábito a prática de 3 ou mais refeições por dia comparativamente a pessoas com menos de três refeições principais (Quadro 255).

Quadro 255: Comparações múltiplas na frequência alimentar na vida adulta em função das medidas de estado de saúde mental

Medidas de Estado de Saúde Mentais	Frequência de Refeição (Vida Adulta)	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Vitalidade	<3 Refeições	55,30(3,53)	48,37-62,23	-13,162	0,001
	=> 3 Refeições	68,46(2,02)	64,50-72,42		
Função Social	<3 Refeições	65,58(3,23)	59,25-71,91	-18,379	<0,0001
	=> 3 Refeições	83,96(1,84)	80,34-87,57		
Desempenho Emocional	<3 Refeições	83,87(3,10)	77,79-89,96	-4,353	0,223
	=> 3 Refeições	88,22(1,77)	84,75-91,70		
Saúde Mental	<3 Refeições	63,56(3,00)	57,68-69,44	-14,748	<0,0001
	=> 3 Refeições	78,31(1,71)	74,95-81,67		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

2.4.2.3.3 – HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL

No que diz respeito ao consumo de álcool (adolescência) procuramos verificar qual o impacto destes indicadores na percepção geral de saúde, quer física quer mentalmente. Nesta fase da nossa análise só foram selecionadas as pessoas que consomem ou já consumiram álcool.

Vejamos o quadro seguinte no que diz respeito às medidas físicas e mentais em pessoas que iniciaram o consumo de álcool na adolescência ou que iniciaram já na vida adulta:

Quadro 256: Consumo de álcool na adolescência e na vida adulta e as medidas de estado de saúde físicas e mentais.

Período de Vida	Índices de Saúde	Consumo de álcool	N	M±DP	IC 95%
Adolescência	Função Física (p=0,103)	Sim	251	90,02±16,69	87,94-92,10
		Não	236	87,61±15,80	85,58-89,64
	Desempenho Físico (p=0,012)	Sim	252	89,68±16,86	87,59-91,77
		Não	236	85,22±21,66	82,44-88,00
	Dor Corporal (p<0,0001)	Sim	255	76,68±21,08	74,08-79,28
		Não	239	69,58±23,62	66,57-72,59
	Saúde em Geral (p=0,695)	Sim	253	64,07±15,60	62,14-66,00
		Não	237	64,64±16,61	62,51-66,76
	Vitalidade (p=0,007)	Sim	260	71,56±19,31	69,20-73,92
		Não	219	66,69±20,11	64,01-69,37
	Função Social (p=0,657)	Sim	264	86,03±18,65	83,77-88,29
		Não	222	85,36±16,29	83,21-87,52
	Desempenho Emocional (p=0,150)	Sim	261	90,52±15,46	88,63-92,40
		Não	218	92,39±13,36	90,61-94,18
	Saúde Mental (p=0,333)	Sim	259	80,37±15,44	78,48-82,26
		Não	219	78,98±16,04	76,84-81,11

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. Teste t-Student amostras Independentes; Wilcoxon-Mann-Whitney.

Como podemos observar, ao nível do indicador “consumo de álcool na adolescência”, a presença de diferenças médias significativas entre os índices de desempenho físico e dor corporal.

Podemos afirmar que as pessoas que teriam iniciado o consumo de álcool na adolescência apresentaram, em média, melhor desempenho físico e menor impacto da dor no momento presente comparativamente às pessoas que não teriam iniciado o consumo de álcool nesse período de vida. Ao nível da função física, apesar da diferença média não ser significativa, podemos sugerir que as pessoas tendem a apresentar melhor condição de saúde neste índice quando iniciaram o consumo na adolescência comparativamente às pessoas que indicaram não o ter feito. Quanto à saúde em geral esta revelou valores médios semelhantes entre os dois grupos em estudo.

Quanto às medidas de saúde mental, segundo o quadro anterior, constatamos que as pessoas que iniciaram o consumo nesse mesmo período demonstraram significativamente maior vitalidade, no momento presente, comparativamente às que indicaram não ter iniciado o consumo neste período. Apesar de não apresentarem diferenças significativas, verificamos que as pessoas que teriam iniciado o consumo de álcool na adolescência apresentam atualmente melhor função social e saúde mental comparativamente às pessoas que não realizaram o início do consumo já em adulto. Quanto ao índice de desempenho emocional, verificamos que as pessoas que não teriam consumido álcool no período da adolescência mas que iniciaram o consumo na fase adulta apresentam, no momento presente (adulto), melhor índice de saúde comparativamente às pessoas que teriam iniciado o respetivo consumo na adolescência.

Procuramos de seguida compreender, se teria existido uma mudança de comportamentos de consumo de álcool no período da adolescência para a vida adulta. Vejamos o quadro seguinte:

Como podemos observar, verificamos uma alteração estatisticamente significativa entre as pessoas que teriam iniciado ou não o consumo de álcool na adolescência e a presença ou ausência de um consumo de álcool na vida adulta. Das 284 pessoas que indicaram ter iniciado o consumo de álcool na adolescência, 9,2% são atualmente ex-consumidores.

Quadro 257: Consumo de álcool entre a adolescência e a vida adulta.

Consumo de álcool (Adolescência)		Consumo de álcool (Adulto)		
		Não consumidor ^(a)	Consumidor	Total
Sim	n	26	258	284
	% linha	9,2%	90,8%	100,0%
	% coluna	76,5%	51,7%	53,3%
	% Total	4,9%	48,4%	53,3%
Não ^(b)	n	8	241	249
	% linha	3,2%	96,8%	100,0%
	% coluna	23,5%	48,3%	46,7%
	% Total	1,5%	45,2%	46,7%
Total	n	34	499	533
	% linha	6,4%	93,6%	100,0%
	% coluna	100,0%	100,0%	100,0%
	% Total	6,4%	93,6%	100,0%

Testes: McNemar. $p < 0,0001$; $\chi^2 = 7,844$; $\phi = 1$; $p = 0,005$; (a): Ex-consumidores; (b): Início do consumo em adulto

Das 249 pessoas que indicaram não ter iniciado o consumo de álcool na adolescência mas sim na vida adulta, 96,8% é atualmente consumidora de álcool.

Também podemos afirmar que das 533 pessoas que consomem ou já consumiram álcool 53,3% destas iniciaram o consumo na adolescência e só 6,4% dos participantes é que indicou atualmente não consumir álcool (*ex-consumidor*).

Propusemos de seguida compreender de forma multivariada, o contributo quer do efeito combinado quer dos efeitos isolados das variáveis independentes (*início de consumo de álcool na adolescência, anos de consumo e hábitos de consumo em adulto*) bem como o efeito isolado destes na explicação da perceção geral do estado de saúde ao nível físico e mental.

No entanto, não foi possível aplicar o Modelo de Análise de Variância Multifatorial (III fatores) pelo reduzido número de amostras necessárias a reter para cada efeito combinado na aplicação do referido modelo ($n_{ijk} \leq 5$). Face ao exposto, propusemos avaliar o modelo de Análise de Variância Multifatorial a dois fatores (*início de consumo de álcool na adolescência, anos de consumo*⁴⁷).

O quadro seguinte apresenta o *design fatorial* (efeitos combinados e efeitos principais) ao nível das medidas de saúde físicas para posterior aplicação da estatística multivariada.

Quadro 258: *Design* fatorial da prática de consumo de álcool entre a adolescência e a vida adulta e anos de consumo ao nível das medidas de estado de saúde física.

Índices de Saúde	Consumo de álcool Adolescência	Anos de Consumo (Classes)			Total M±DP
		<20 anos M±DP	[20 - 30[anos M±DP	≥ 30 anos M±DP	
Função Física	Sim	88,75±20,67	94,93±12,21	86,74±17,14	89,79±16,52
	Não	90,80±14,06	89,31±14,49	84,62±17,60	87,70±15,90
	Total	90,00±16,83	91,89±13,74	85,81±17,33	88,73±16,23
Desempenho Físico	Sim	87,72±20,38	93,16±13,89	88,04±17,69	89,75±16,98
	Não	89,20±20,68	89,66±19,46	78,96±23,21	85,21±21,83
	Total	88,63±20,43	91,27±17,16	84,05±20,74	87,46±19,68
Dor Corporal	Sim	79,61±23,48	84,32±18,18	71,03±21,34	76,67±21,42
	Não	73,18±24,40	70,84±23,15	65,87±23,27	69,28±23,53
	Total	75,68±24,08	77,04±22,01	68,77±22,30	72,94±22,79
Saúde em geral	Sim	64,11±16,54	70,99±13,09	59,15±15,12	63,82±15,56
	Não	69,00±16,31	67,41±14,02	60,07±17,99	64,74±16,58
	Total	67,10±16,46	69,06±13,67	59,55±16,40	64,29±16,07

Legenda: Anos de consumo (classes) incluem tanto as pessoas que atualmente ainda têm o hábito de consumo como os ex-consumidores.

Quanto ao efeito combinado de *álcool na adolescência e anos de consumo*, verificamos que as pessoas com 20 anos de consumo ou menos e que iniciaram o mesmo consumo na idade adulta perceberam, no momento presente, melhor função e desempenho físico bem como melhor percepção de saúde em geral comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado o consumo ainda na adolescência. No entanto, nesta faixa de anos de consumo dos que se iniciaram a beber ainda na adolescência assumiram, no momento atual, um menor impacto da dor corporal na sua rotina diária comparativamente às pessoas que só iniciaram o consumo já em adultos.

As pessoas que se encontravam entre os 20 e os 30 anos exclusive e com mais anos de consumo e que iniciaram o mesmo na adolescência percebem uma visão mais positiva da sua saúde comparativamente às pessoas que iniciaram o consumo já na vida adulta, à exceção do índice “saúde em geral”.

Quanto ao efeito isolado “*consumo de álcool na adolescência*” verificamos que as pessoas que indicaram ter iniciado o consumo nesta fase da vida demonstraram uma percepção de saúde mais positiva comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado o consumo em adulto, à exceção da saúde em geral.

⁴⁷ Inicialmente realizou-se uma solução de anos de consumo: ≤20 anos e ≥21 anos. Porém, na análise univariada não se registaram diferenças significativas pelo teste t-Student.

Por fim, quanto ao efeito isolado “anos de consumo de álcool” verificamos que todos os índices de saúde física revelaram ser ligeiramente superiores em pessoas que afirmaram beber álcool há 20 e 30 anos exclusive face às pessoas que consomem à menos anos ou há 30 anos ou mais anos. Face ao exposto vejamos o quadro seguinte com as estatísticas sumárias multivariadas dos efeitos combinados e dos efeitos principais em estudo:

Quadro 259: Análise de Variância Multivariada de consumo de Álcool na Adolescência e anos de consumo (classes) sobre as Medidas de Estado de Saúde Física.

Multivariate Tests		Adolescência						
Efeitos Principais e Moderação		Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	$p(U)$	$p(\lambda_1)$	$\eta_p^2(U)$	$\eta_p^2(\lambda_1)$	$\pi^{(a)}$
1)		0,046	0,048	<0,0001	<0,0001	0,046	0,046	0,966
2)		0,083	0,089	<0,0001	<0,0001	0,041	0,081	0,998
1 × 2		0,039	0,031	0,032	0,010	0,019	0,030	0,851
<i>Intercept</i>		0,965	27,879	<0,0001	<0,0001	0,965	0,965	1,000

Test of Between-Subjects Effects							
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p
Início de Consumo (Adolescência)	Função Física	314,292	254,691	1	432	1,234	0,267
	Desempenho Físico	1194,844	369,983	1	432	3,229	0,073
	Dor Corporal	6091,073	487,957	1	432	12,483	0,000
	Saúde em Geral	48,551	238,599	1	432	,203	0,652
Anos de consumo (Classes)	Função Física	1896,925	254,691	2	432	7,448	0,001
	Desempenho Físico	2851,621	369,983	2	432	7,707	0,001
	Dor Corporal	4160,439	487,957	2	432	8,526	<0,0001
	Saúde em Geral	4317,683	238,599	2	432	18,096	<0,0001

Efeito Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p
Início de Consumo (Adolescência) × Anos de consumo (Classes)	Função Física	371,685	254,691	2	432	1,459	0,234
	Desempenho Físico	819,589	369,983	2	432	2,215	0,110
	Dor Corporal	813,879	487,957	2	432	1,668	0,190
	Saúde em Geral	480,581	238,599	2	432	2,014	0,135
<i>Modelo Corrigido (FF)</i>		1008,122	254,691	5	432	3,958	0,002
<i>Modelo Corrigido (DF)</i>		1900,504	369,983	5	432	5,137	<0,0001
<i>Modelo Corrigido (DC)</i>		3228,425	487,957	5	432	6,616	<0,0001
<i>Modelo Corrigido (SG)</i>		1958,094	238,599	5	432	8,207	<0,0001

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Consumo de álcool (Adolescência); 2) Anos de Consumo; 1×2 Efeito de Interação entre “Consumo de álcool (Adolescência)” e o “Anos de Consumo”.

Segundo o quadro anterior, registou-se um efeito de interação entre os hábitos de consumo de álcool na adolescência com o número de anos de consumo dos habitantes em estudo ($U_{1 \times 2} = 0,025$; $F = 2,120$; $p = 0,032$) no compósito multivariado das medidas de estado de saúde físicas.

Quanto aos efeitos principais isolados, estes revelaram efeitos estatisticamente significativos sobre o compósito multivariado das diferentes medidas de estado de saúde ($U_{\text{álcool adolescência}} = 0,046$; $F = 5,131$; $p < 0,0001$; $U_{\text{anos de consumo (classe)}} = 0,083$; $F = 4,644$; $p < 0,0001$). Quanto à avaliação das potências de teste verificamos, quer ao nível do efeito combinado quer ao nível dos efeitos principais isolados, valores bastante adequados ($\pi > 0,8$).

Com recurso à Análise de Variância Fatorial para o efeito de interação, verificamos que estes não foram significativos ao nível das diferentes medidas de estado de saúde físicas ($p > 0,05$). Segundo a potência de teste, o efeito de interação sobre as diferentes medidas de estado de saúde, revelou estimativas bastante baixas às recomendadas na literatura e com medidas de efeito bastante

desprezáveis (Função Física: $\eta_p^2 = 0,007; \pi = 0,312$; Desempenho Físico: $\eta_p^2 = 0,010; \pi = 0,452$; Dor Corporal: $\eta_p^2 = 0,008; \pi = 0,651$; Saúde em Geral: $\eta_p^2 = 0,009; \pi = 0,415$).

O efeito isolado início de consumo na adolescência revelou um efeito significativo sobre a os índices de saúde ao nível do impacto da dor corporal ($F_{(1,432)} = 12,483; p < 0,0001; \pi = 0,941$) e de forma marginal ao nível do desempenho físico. Nas comparações das médias marginais por início de consumo de álcool na adolescência em cada um dos índices vejamos o quadro seguinte:

Quadro 260: Comparações múltiplas no consumo de álcool na adolescência em função das medidas de estado de saúde física

Medidas de Estado de Saúde Físicas	Consumo de Álcool (Adolescência)	M(EP)	IC 95%	$d_{\bar{x}}$	p-value ^(a)
Função Física	Sim	90,14(1,280)	87,62-92,66	1,899	0,267
	Não	88,24(1,13)	86,02-90,47		
Desempenho Físico	Sim	89,64(1,54)	86,61-92,67	3,702	0,073
	Não	85,94(1,37)	83,26-88,62		
Dor Corporal	Sim	78,32(1,77)	74,84-81,81	8,360	<0,0001
	Não	69,96(1,57)	66,88-73,04		
Saúde em Geral	Sim	64,75(1,24)	62,31-67,18	-0,746	0,652
	Não	65,49(1,10)	63,34-67,65		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. $d_{\bar{x}}$: Diferença Média.

Como podemos observar, segundo o teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*, as pessoas que iniciaram o consumo de álcool na adolescência apresentaram uma perceção de saúde significativamente melhor quanto ao índice de dor corporal e desempenho físico comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado o consumo em adulto.

428

O efeito isolado anos de consumo de álcool, quer em consumidores atuais quer em ex-consumidores, revelou um efeito significativo sobre todos os índices de saúde (Função Física: $F_{(2,432)} = 7,448; p = 0,001; \pi = 0,941$; Desempenho Físico: $F_{(2,432)} = 7,707; p = 0,001; \pi = 0,948$; Dor Corporal: $F_{(2,432)} = 8,526; p < 0,0001; \pi = 0,966$; Saúde em Geral: $F_{(2,432)} = 18,096; p < 0,0001; \pi = 1,000$). Nas comparações das médias marginais dos anos de consumo de álcool (Classe) em cada um dos índices vejamos o quadro seguinte:

Com recurso ao teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*, verificamos que as pessoas com 30 anos ou mais de consumo relativamente às pessoas com consumos compreendidos entre os [20-30[anos apresentaram significativamente pior condição de saúde ($d_{\bar{x}} \text{ função física} = -6,442; p < 0,0001; d_{\bar{x}} \text{ desempenho físico} = -7,906; p < 0,0001; d_{\bar{x}} \text{ dor corporal} = -9,131; p < 0,0001; d_{\bar{x}} \text{ saúde em geral} = -9,593; p < 0,0001$),

Quadro 261: Comparações múltiplas de anos de consumo de álcool em função das medidas de estado de saúde físicas

Medidas de Estado de Saúde Físicas	Anos de consumo (Classes)	M(EP)	IC 95%
Função Física	<20 anos	89,77(1,93)	85,98-93,56
	[20-30[anos	92,12(1,26)	89,64-94,60
	=>30 anos	85,68(1,12)	83,47-87,89
Desempenho Físico	<20 anos	88,46(2,32)	83,89-93,03
	[20-30[anos	91,41(1,52)	88,42-94,40
	=>30 anos	83,50(1,35)	80,84-86,16
Dor Corporal	<20 anos	76,39(2,67)	71,15-81,64
	[20-30[anos	77,58(1,75)	74,15-81,01
	=>30 anos	68,45(1,55)	65,40-71,51
Saúde em Geral	<20 anos	66,55(1,87)	62,88-70,22
	[20-30[anos	69,20(1,22)	66,80-71,60
	=>30 anos	59,61(1,09)	57,47-61,74

Teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*; Legenda: M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média.

bem como comparativamente às pessoas com consumo < 20 anos ($d_{\bar{x} dor\ corporal} = -7,944; p = 0,031; d_{\bar{x} saúde\ em\ geral} = -6,946; p = 0,004$). Quanto às pessoas que indicaram consumir álcool num intervalo temporal de [20-30[anos não se diferenciaram de forma significativa com as pessoas que indicaram ter um consumo de álcool < 20 anos ($d_{\bar{x} função\ física} = 2,349; p = 0,202; d_{\bar{x} desempenho\ físico} = 2,943; p = 0,870; d_{\bar{x} dor\ corporal} = 1,187; p = 1,000; d_{\bar{x} saúde\ em\ geral} = 2,647; p = 0,709$).

Propusemos a mesma análise ao nível das medidas de estado de saúde mental quanto ao *design* fatorial (efeitos combinados e efeitos principais) para posterior aplicação da estatística multivariada.

Quadro 262: *Design* fatorial da prática de consumo de álcool entre a adolescência e a vida adulta e anos de consumo ao nível das medidas de estado de saúde mental.

Índices de Saúde	Consumo de álcool Adolescência	Anos de Consumo (Classes)			Total M±DP
		<20 anos M±DP	[20 - 30[anos M±DP	≥ 30 anos M±DP	
Vitalidade	Sim	70,00±22,19	77,91±16,88	67,57±19,39	71,41±19,47
	Não	65,68±22,58	67,53±18,94	62,64±21,02	65,16±20,58
	Total	67,36±22,38	72,30±18,70	65,39±20,23	68,25±20,26
Função Social	Sim	85,27±22,58	89,86±14,73	84,57±19,47	86,46±18,53
	Não	84,09±16,91	84,34±20,19	81,59±18,10	83,16±18,69
	Total	84,55±19,17	86,88±18,05	83,25±18,89	84,79±18,66
Desempenho Emocional	Sim	89,29±19,62	91,44±15,91	90,72±14,88	90,78±15,84
	Não	87,31±20,84	93,20±14,57	85,07±20,20	88,70±18,63
	Total	88,08±20,26	92,39±15,18	88,23±17,61	89,73±17,32
Saúde Mental	Sim	76,71±19,38	84,38±13,91	78,43±15,29	80,24±15,65
	Não	77,18±19,40	78,21±17,38	74,88±19,84	76,64±18,80
	Total	77,00±19,26	81,04±16,13	76,86±17,49	78,42±17,39

Legenda: Anos de consumo (classes) incluem tanto as pessoas que atualmente ainda têm o hábito de consumo como os ex-consumidores.

Quanto aos efeitos combinados, verificamos que as pessoas que indicaram ter iniciado o consumo no período da adolescência e que consumiram álcool à menos de 20 anos inclusive apresentaram, em média, uma melhor condição de saúde, no momento presente comparativamente às pessoas que iniciaram o consumo em adultos, à exceção do índice bem-estar psicológico.

Também constatamos que as pessoas que já consumiam à 20 a 30 anos exclusive e que tenham iniciado o consumo na adolescência apresentaram uma saúde ao nível mental ligeiramente superior comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado o consumo em adultos. No entanto, ao nível do desempenho emocional, ainda neste grupo de anos de consumo, foi ligeiramente melhor em pessoas que indicaram iniciar o consumo de álcool em adulto comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado na adolescência.

No grupo de pessoas que indicaram ter um consumo de álcool com 30 ou mais anos e que tenham iniciado no período da adolescência apresentaram, a nível de todos os índices, uma visão mais positiva da sua saúde comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado já em adultos.

Quanto ao efeito isolado, “*início do consumo na adolescência*” verificou-se que as pessoas que iniciaram o consumo neste período de vida revelaram no momento atual uma condição de saúde mais elevada face às pessoas que iniciaram o consumo em adultos.

Por fim, quanto ao efeito isolado “*anos de consumo*” verificamos que as pessoas que indicaram consumir álcool num período de tempo [20-30[anos demonstraram uma visão mais positiva da sua saúde comparativamente aos restantes grupos de anos de consumo.

Face ao exposto vejamos o quadro seguinte com as estatísticas sumárias multivariadas dos efeitos combinados e dos efeitos principais em estudo:

Quadro 263: Análise de Variância Multivariada de consumo de Álcool na Adolescência e anos de consumo (classes) sobre as Medidas de Estado de Saúde Mental.

Multivariate Tests		Adolescência						
Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	$p(U)$	$p(\lambda_1)$	$\eta_p^2(U)$	$\eta_p^2(\lambda_1)$	$\pi^{(a)}$	
1)	0,023	0,023	0,041	0,041	0,023	0,023	0,712	
2)	0,035	0,033	0,057	0,007	0,017	0,032	0,802	
1 × 2	0,033	0,031	0,076	0,011	0,016	0,030	0,772	
Intercept		0,963	26,342	<0,0001	<0,0001	0,963	0,963	1,000

Test of Between-Subjects Effects		Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes						
Início de Consumo (Adolescência)	Vitalidade	3733,499	391,475	1	433	9,537	0,002
	Função Social	907,526	345,686	1	433	2,625	0,106
	Desempenho Emocional	333,950	295,140	1	433	1,131	0,288
	Saúde Mental	831,350	296,706	1	433	2,802	0,095
Anos de consumo (Classes)	Vitalidade	2606,404	391,475	2	433	6,658	0,001
	Função Social	724,989	345,686	2	433	2,097	0,124
	Desempenho Emocional	943,827	295,140	2	433	3,198	0,042
	Saúde Mental	1049,919	296,706	2	433	3,539	0,030
Efeito Interação	Variáveis Dependentes						
Início de Consumo (Adolescência) × Anos de consumo (Classes)	Vitalidade	397,358	391,475	2	433	1,015	0,363
	Função Social	134,343	345,686	2	433	,389	0,678
	Desempenho Emocional	615,378	295,140	2	433	2,085	0,126
	Saúde Mental	269,363	296,706	2	433	,908	0,404
	Modelo Corrigido (V)	2048,115	391,475	5	433	5,232	0,000
	Modelo Corrigido (FS)	577,412	345,686	5	433	1,670	0,140
	Modelo Corrigido (DE)	722,810	295,140	5	433	2,449	0,033
	Modelo Corrigido (SM)	784,201	296,706	5	433	2,643	0,023

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de Traço de Pillay. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Consumo de álcool (Adolescência); 2) Anos de Consumo; 1×2 Efeito de Interação entre “Consumo de álcool (Adolescência)” e o “Anos de Consumo”.

Segundo o quadro anterior, registou-se um efeito de interação marginalmente significativo entre os hábitos de consumo de álcool na adolescência com o número de anos de consumo dos habitantes em estudo ($U_{1 \times 2} = 0,033$; $F = 1,788$; $p = 0,076$) no compósito multivariado das medidas de estado de saúde físicas. No entanto, numa linha menos conservadora, segundo a estatística multivariada da *Maior de Raiz de Roy* podemos classificar o efeito de interação estatisticamente significativo ($\lambda_{1 \times 2} = 0,031$; $F = 3,09$; $p = 0,011$).

Quanto ao efeito principal isolado *início de consumo de álcool* na adolescência, este revelou um efeito estatisticamente significativo sobre o compósito multivariado das diferentes medidas de estado de saúde ($U_{\text{álcool adolescência}}=0,023$; $F=2,508$; $p=0,041$). O efeito principal isolado *anos de consumo* apresentou um impacto marginalmente significativo segundo a estatística multivariada de *Traço de Pillay* ($U_{\text{anos de consumo (classe)}}=0,035$; $F=1,908$; $p=0,057$), mas segundo a estatística multivariada da *Maior de Raiz de Roy* podemos classificar o efeito estatisticamente significativo ($\lambda_{\text{anos de consumo (classe)}}=0,033$; $F=3,550$; $p=0,007$). Quanto à avaliação das potências de teste verificamos, quer ao nível do efeito combinado quer ao nível dos efeitos principais isolados, valores de adequados ($\pi \geq 0,7$) a bastante adequados ($\pi > 0,8$).

Com recurso à Análise de Variância Fatorial para o efeito de interação, verificamos que estes não foram significativos ao nível das diferentes medidas de estado de saúde mentais ($p > 0,05$). Estes efeitos demonstraram essa tendência justificada pelas potências de teste com estimativas bastante baixas às recomendadas na literatura bem como a presença de medidas de magnitude de efeito bastante desprezável (*Vitalidade*: $\eta_p^2 = 0,005$; $\pi = 0,227$; *Função social*: $\eta_p^2 = 0,002$; $\pi = 0,113$; *Desempenho Emocional*: $\eta_p^2 = 0,010$; $\pi = 0,428$; *Saúde Mental*: $\eta_p^2 = 0,004$; $\pi = 0,207$).

Quanto ao efeito isolado *início de consumo na adolescência*, este só revelou um efeito significativo sobre o índice de saúde ao nível da vitalidade ($F_{(1,433)} = 9,537$; $p = 0,002$; $\pi = 0,869$) e de forma marginal ao nível da saúde mental ($F_{(1,433)} = 2,802$; $p = 0,095$; $\pi = 0,400$). Nas comparações das médias marginais por início de consumo de álcool na adolescência em cada um dos índices vejamos o quadro seguinte:

Quadro 264: Comparações múltiplas no consumo de álcool na adolescência em função das medidas de estado de saúde mental

Medidas de Estado de Saúde Mentais	Consumo de Álcool (Adolescência)	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Vitalidade	Sim	71,82(1,59)	68,70-74,94	6,541	0,002
	Não	65,28(1,40)	62,53-68,04		
Função Social	Sim	86,57(1,49)	83,63-89,50	3,225	0,106
	Não	83,34(1,32)	80,75-85,93		
Desempenho Emocional	Sim	90,48(1,38)	87,78-93,19	1,956	0,288
	Não	88,53(1,22)	86,13-90,92		
Saúde Mental	Sim	79,84(1,38)	77,13-82,56	3,087	0,095
	Não	76,76(1,22)	74,36-79,16		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Como podemos observar, segundo o teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*, as pessoas que iniciaram o consumo de álcool na adolescência apresentaram uma percepção de saúde significativamente melhor quanto à vitalidade e saúde mental comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado o consumo em adultos.

O efeito isolado *anos de consumo de álcool*, quer em consumidores atuais quer em ex-consumidores, revelou um efeito significativo sobre quase a totalidade dos índices de saúde (*Vitalidade*: $F_{(2,433)} = 6,658$; $p = 0,001$; $\pi = 0,913$; *Função Social*: $F_{(2,433)} = 2,096$; $p = 0,124$; $\pi =$

0,431; *Desempenho Emocional*: $F_{(2;433)} = 3,198$; $p = 0,042$; $\pi = 0,431$; *Saúde Mental*: $F_{(2;433)} = 3,539$; $p = 0,030$; $\pi = 0,610$). Nas comparações das médias marginais dos anos de consumo de álcool (Classe) em cada um dos índices vejamos o quadro seguinte:

Com recurso ao teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*, verificamos que as pessoas com 30 anos ou mais de consumo relativamente às pessoas com consumos compreendidos entre os [20-30[anos apresentaram significativamente pior condição de saúde ($d_{\bar{x} \text{ vitalidade}} = -7,616$; $p = 0,001$; $d_{\bar{x} \text{ desempenho emocional}} = -4,421$; $p = 0,046$; $d_{\bar{x} \text{ saúde mental}} = -4,636$; $p = 0,034$).

Quadro 265: Comparações múltiplas anos consumo de álcool em função das medidas de estado de saúde mental

Medidas de Estado de Saúde Mental	Idade (Classes)	M(EP)	IC 95%
Vitalidade	<20 anos	67,84(2,39)	63,14-72,54
	[20-30[anos	72,72(1,56)	69,64-75,79
	=>30 anos	65,10(1,39)	62,37-67,83
Função social	<20 anos	84,68(2,25)	80,26-89,10
	[20-30[anos	87,10(1,47)	84,21-89,99
	=>30 anos	83,08(1,30)	80,52-85,64
Desempenho Emocional	<20 anos	88,30(2,08)	84,22-92,38
	[20-30[anos	92,32(1,36)	89,65-94,99
	=>30 anos	87,90(1,21)	85,53-90,27
Saúde Mental	<20 anos	76,95(2,08)	72,86-81,04
	[20-30[anos	81,29(1,36)	78,62-83,97
	=>30 anos	76,66(1,21)	74,28-79,03

Teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*;
 Legenda: M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média.

Quanto às pessoas com consumo < 20 anos estes revelaram um padrão semelhante de percepção de saúde mental comparativamente às pessoas que indicaram consumir entre [20-30[anos ou com 30 ou mais anos ($p > 0,05$).

Propusemos de seguida compreender de forma multivariada, o contributo do efeito combinado das variáveis independentes (*idade, início de consumo de álcool na adolescência e hábitos de consumo em adulto*) bem como o efeito isolado destes na explicação da percepção geral do estado de saúde ao nível físico. No entanto, não foi possível aplicar o Modelo de Análise de Variância Multifatorial a III fatores pelo reduzido número de amostras necessárias a reter para cada efeito combinado na aplicação do referido modelo ($n_{ijk} \leq 3$). Face ao exposto, propusemos avaliar o efeito combinado dos fatores principais *idade (classes)* e *início de consumo de álcool na adolescência ou na vida adulta*.

O quadro seguinte apresenta o *design fatorial* (efeitos combinados e efeitos principais) ao nível das medidas de saúde físicas para posterior aplicação da estatística multivariada.

Quadro 266: *Design* fatorial da prática de consumo de álcool entre a adolescência e a vida adulta e a idade (classes) ao nível das medidas de estado de saúde físicas.

Índices de Saúde	Consumo de álcool Adolescência	Idade (Classes)				Total
		[35 - 45] anos M±DP	[45 - 55] anos M±DP	[55 - 65] anos M±DP	≥ 65 anos M±DP	
Função Física	Sim	95,18±11,42	90,12±14,23	85,53±17,27	70,48±28,59	90,02±16,69
	Não	90,95±13,82	90,22±12,36	85,26±14,73	69,13±22,95	87,49±15,87
	Total	93,42±12,61	90,18±13,24	85,38±15,89	69,77±25,49	88,80±16,33
Desempenho Físico	Sim	94,03±11,96	89,74±14,23	88,98±14,78	69,35±31,18	89,82±16,76
	Não	90,03±19,70	89,47±18,19	79,32±21,93	62,77±24,96	85,19±21,71
	Total	92,37±15,73	89,60±16,37	83,91±19,38	65,91±27,97	87,59±19,42
Dor Corporal	Sim	83,62±18,71	73,01±19,50	75,00±20,03	59,29±25,71	76,86±20,96
	Não	72,94±23,83	70,36±22,54	67,83±23,14	56,48±23,61	69,41±23,51
	Total	79,18±21,59	71,62±21,13	71,24±21,88	57,82±24,39	73,27±22,51
Saúde em geral	Sim	69,61±12,03	62,49±15,19	59,18±14,36	49,95±22,75	64,09±15,63
	Não	67,99±15,68	66,38±14,78	62,69±17,32	51,65±18,52	64,81±16,54
	Total	68,94±13,65	64,53±15,06	61,03±15,98	50,84±20,42	64,44±16,06

No que diz respeito ao efeito combinado de consumo de álcool ou não no período da adolescência, verificamos que as pessoas que se encontravam na faixa etária dos [35-45] anos apresentavam melhor percepção de saúde em todos os índices naqueles que indicaram ter iniciado o consumo na adolescência comparativamente às pessoas que só iniciaram o consumo na idade adulta. No entanto, quando avaliamos a distribuição média dos índices de função e desempenho físico ao longo das várias faixas etárias constatamos que as pessoas que indicaram terem iniciado o consumo na adolescência ou em adultos revelaram um padrão médio semelhante.

Quanto ao índice dor corporal, verificamos que este foi sempre superior nas pessoas que teriam iniciado o consumo na adolescência face às pessoas que iniciaram já na vida adulta a partir da idade dos 45 anos ou mais.

Por fim, no índice de saúde em geral, verificamos que as pessoas, com 45 anos ou mais, demonstraram uma visão mais positiva da sua saúde quando iniciaram o consumo de álcool já em adultos comparativamente às pessoas que iniciaram ainda no período da adolescência. Quando avaliamos as médias marginais do efeito principal “início de consumo na adolescência” verificamos que as pessoas que indicaram terem iniciado o consumo neste período da vida apresentaram uma melhor percepção de saúde comparativamente às pessoas que indicaram ter iniciado já na vida adulta. No entanto, verificamos que ao nível do índice de saúde em geral, as pessoas que indicaram ter iniciado o consumo de álcool em adultos demonstra uma melhor percepção de saúde comparativamente às pessoas que indicaram terem iniciado no período da adolescência.

No que diz respeito ao efeito principal idade (classes), constatamos que as pessoas com o avançar da idade tendiam a apresentar pior percepção de saúde.

Face ao exposto vejamos o quadro seguinte com as estatísticas sumárias multivariadas dos efeitos combinados e dos efeitos principais em estudo:

Quadro 267: Análise de Variância Multivariada da Idade (Classes) e do Consumo de Álcool na Adolescência sobre as Medidas de Estado de Saúde Física.

Multivariate Tests		Adolescência						
	Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	p (U)	p (λ_1)	η_p^2 (U)	η_p^2 (λ_1)	$\pi^{(a)}$
	1)	0,213	0,244	<0,0001	<0,0001	0,071	0,196	1,000
	2)	0,042	0,043	<0,0001	<0,0001	0,042	0,042	0,966
	1 × 2	0,025	0,016	0,445	0,100	0,008	0,016	0,598
	<i>Intercept</i>	0,964	26,419	<0,0001	<0,0001	0,964	0,964	1,000

Test of Between-Subjects Effects							
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p
Idade (Classes)	Função Física	6811,938	224,285	3	476	30,372	<0,0001
	Desempenho Físico	8541,114	319,905	3	476	26,699	<0,0001
	Dor Corporal	5223,494	462,589	3	476	11,292	<0,0001
	Saúde em Geral	4214,507	232,356	3	476	18,138	<0,0001
Consumo álcool na adolescência	Função Física	177,091	224,285	1	476	0,790	0,375
	Desempenho Físico	2255,792	319,905	1	476	7,051	0,008
	Dor Corporal	2914,340	462,589	1	476	6,300	0,012
	Saúde em Geral	299,165	232,356	1	476	1,288	0,257

Efeito Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p
Idade × Consumo álcool (Adolescência)	Função Física	158,254	224,285	3	476	0,706	0,549
	Desempenho Físico	433,357	319,905	3	476	1,355	0,256
	Dor Corporal	531,473	462,589	3	476	1,149	0,329
	Saúde em Geral	257,794	232,356	3	476	1,109	0,345
	<i>Modelo Corrigido (FF)</i>	3155,782	224,285	7	476	14,070	<0,0001
	<i>Modelo Corrigido (DF)</i>	4267,115	319,905	7	476	13,339	<0,0001
	<i>Modelo Corrigido (DC)</i>	3515,630	462,589	7	476	7,600	<0,0001
	<i>Modelo Corrigido (SG)</i>	1993,367	232,356	7	476	8,579	<0,0001

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Idade (Classes); 2) Consumo de álcool (Adolescência); 1×2 Efeito de Interação entre “Idade (Classes)” e o “Consumo de álcool (Adolescência)”.

Segundo o quadro anterior, não se registou um efeito de interação entre os hábitos de consumo de álcool na adolescência com a idade (classes) dos habitantes em estudo ($U_{1 \times 2} = 0,025$; $F = 1,001$; $p = 0,445$) no compósito multivariado das medidas de estado de saúde física.

Quanto aos efeitos principais isolados, estes revelaram efeitos estatisticamente significativos sobre o compósito multivariado das diferentes medidas de estado de saúde ($U_{\text{idade (classes)}} = 0,213$; $F = 9,057$; $p < 0,0001$; $U_{\text{álcool adolescência}} = 0,042$; $F = 5,123$; $p < 0,0001$).

Com recurso à Análise de Variância Fatorial constatamos que a idade revelou ser um efeito significativo sobre a totalidade dos índices de saúde física ($p < 0,0001$).

Nas comparações das médias marginais por classes de idades em cada um dos índices vejamos o quadro seguinte:

Com recurso ao teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*, verificamos que as pessoas com 65 anos ou mais de idade, relativamente às pessoas mais jovens, apresentaram significativamente pior condição de saúde ao nível da função física ($d_{\bar{x}}_{[55-65[anos} = -15,587; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{[45-55[anos} = -20,371; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{[35-45[anos} = -23,261; p < 0,0001$), desempenho físico ($d_{\bar{x}}_{[55-65[anos} = -18,089; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{[45-55[anos} = -23,543; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{[35-45[anos} = -25,973; p < 0,0001$),

maior impacto da dor corporal ($d_{\bar{x}}_{[55-65[anos} = -13,535; p = 0,005$; $d_{\bar{x}}_{[45-55[anos} = -13,804; p = 0,001$; $d_{\bar{x}}_{[35-45[anos} = -20,397; p < 0,0001$), e menor saúde em geral ($d_{\bar{x}}_{[55-65[anos} = -10,135; p = 0,003$; $d_{\bar{x}}_{[45-55[anos} = -13,636; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{[35-45[anos} = -17,998; p < 0,0001$).

Quanto às pessoas que se encontravam na faixa etária dos [55-65[anos revelaram, em média e de forma significativa, pior função física comparativamente às pessoas que tinham entre 35 anos e 45 anos exclusive ($d_{\bar{x}} = -7,674; p = 0,001$), padrão semelhante ocorreu ao nível do desempenho físico ($d_{\bar{x}} = -7,884; p = 0,006$) e saúde em geral comparativamente aos mais novos ($d_{\bar{x}} = -7,863; p = 0,001$). No entanto, as pessoas que estavam na faixa etária dos [55-65[anos revelaram padrões semelhantes de índices de função e de desempenho e de dor corporal à faixa etária dos [45-55[anos ($p > 0,05$).

Por fim, as pessoas que se encontravam na faixa etária dos [45-55[anos apresentaram pior condição de saúde face às pessoas com [35-45[anos ao nível da dor corporal ($d_{\bar{x}} = -6,593; p = 0,025$) e saúde em geral ($d_{\bar{x}} = -4,362; p = 0,044$). No entanto, os valores médios de função e de desempenho físico não foram significativamente diferentes entre estas duas faixas etárias em análise.

Com recurso à Análise de Variância Fatorial constatamos que o “início do consumo na adolescência” revelou um efeito significativo só sobre os índices de saúde ao nível do desempenho físico ($F_{(1;476)} = 7,051; p = 0,008; \pi = 0,755$) e da dor corporal ($F_{(1;476)} = 6,300; p = 0,012; \pi = 0,707$).

Quadro 268: Comparações múltiplas de idade (classes) em função das medidas de estado de saúde físicas

Medidas de Estado de Saúde Físicas	Idade (Classes)	M(EP)	IC 95%
Função Física	35 - 44 anos	93,06(1,10)	90,90-95,23
	45 - 54 anos	90,17(1,15)	87,91-92,43
	55 - 64 anos	85,39(1,68)	82,10-88,68
	=> 65 anos	69,80(2,26)	65,36-74,24
Desempenho Físico	35 - 44 anos	92,03(1,32)	89,44-94,62
	45 - 54 anos	89,60(1,37)	86,90-92,30
	55 - 64 anos	84,15(2,00)	80,21-88,08
	=> 65 anos	66,06(2,70)	60,75-71,36
Dor Corporal	35 - 44 anos	78,28(1,58)	75,17-81,39
	45 - 54 anos	71,69(1,65)	68,44-74,93
	55 - 64 anos	71,42(2,41)	66,69-76,15
	=> 65 anos	57,88(3,25)	51,50-64,26
Saúde em Geral	35 - 44 anos	68,80(1,12)	66,60-71,00
	45 - 54 anos	64,44(1,17)	62,14-66,74
	55 - 64 anos	60,94(1,71)	57,58-64,29
	=> 65 anos	50,80(2,30)	46,28-55,32

Teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*;
 Legenda: M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%:
 Intervalo de Confiança a 95% para a média.

Nas comparações das médias marginais por classes de idades em cada um dos índices vejamos o quadro seguinte:

Quadro 269: Comparações múltiplas no consumo de álcool na adolescência em função das medidas de estado de saúde física

Medidas de Estado de Saúde Físicas	Consumo de Álcool (Adolescência)	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Função Física	Sim	85,33(1,16)	83,06-87,60	1,437	0,375
	Não	83,89(1,13)	81,67-86,11		
Desempenho Físico	Sim	85,52(1,38)	82,81-88,24	5,127	0,008
	Não	80,40(1,35)	77,74-83,05		
Dor Corporal	Sim	72,73(1,66)	69,47-75,99	5,828	0,012
	Não	66,90(1,62)	63,71-70,09		
Saúde em Geral	Sim	60,31(1,18)	58,00-62,62	-1,867	0,257
	Não	62,18(1,15)	59,92-64,44		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Como podemos observar no quadro anterior as pessoas que indicaram ter iniciado o consumo de álcool na adolescência demonstraram uma percepção de saúde mais positiva nos índices de desempenho físico e menor impacto da dor comparativamente às pessoas que iniciaram o consumo na vida adulta.

O quadro seguinte apresenta o *design fatorial* (efeitos combinados e efeitos principais) ao nível das medidas de saúde mentais para posterior aplicação da estatística multivariada.

Quadro 270: *Design fatorial* da prática de consumo de álcool entre a adolescência e a vida adulta e a idade (classes) ao nível das medidas de estado de saúde mentais.

Índices de Saúde	Consumo de álcool Adolescência	Idade (Classes)				Total
		35 - 44 anos	45 - 54 anos	55 - 64 anos	=> 65 anos	
		M±DP	M±DP	M±DP	M±DP	
Vitalidade	Sim	77,14±17,73	69,44±19,27	71,97±16,30	54,82±19,65	71,56±19,34
	Não	70,07±18,77	68,37±19,49	65,00±20,50	51,96±20,55	66,61±20,13
	Total	74,35±18,43	68,90±19,33	68,49±18,73	53,53±19,91	69,31±19,84
Função Social	Sim	89,84±15,70	86,57±16,39	87,17±17,07	68,30±26,02	86,10±18,51
	Não	87,50±14,58	87,50±15,12	82,24±18,06	75,54±18,26	85,31±16,21
	Total	88,92±15,27	87,04±15,72	84,70±17,63	71,57±22,92	85,74±17,49
Desempenho Emocional	Sim	92,71±13,34	91,56±13,27	90,35±15,68	79,76±22,95	90,60±15,38
	Não	94,06±11,58	95,38±9,41	86,40±18,52	85,87±16,17	92,36±13,38
	Total	93,24±12,66	93,50±11,60	88,38±17,16	82,52±20,22	91,40±14,51
Saúde Mental	Sim	84,82±13,08	79,62±15,70	77,89±16,45	68,14±15,10	80,37±15,44
	Não	80,27±15,12	80,96±14,06	77,05±17,06	70,96±21,51	78,99±16,06
	Total	83,03±14,06	80,30±14,86	77,47±16,65	69,41±18,13	79,74±15,73

Legenda: M= Média; DP= Desvio Padrão.

Quanto ao efeito combinado “*início de consumo de álcool na adolescência*” e a idade (classes) constatamos que as pessoas que se encontravam na faixa etária dos [35-45] anos e que iniciaram o consumo no período da adolescência apresentam uma melhor percepção de saúde ao nível da vitalidade, função social e saúde mental comparativamente às pessoas que iniciaram o consumo na fase adulta da vida. Quanto ao índice desempenho emocional verificamos que as pessoas só iniciaram o consumo em adultos apresentam melhor percepção de saúde comparativamente às que iniciaram mais cedo.

Na faixa etária dos [45-55] anos constatamos um padrão de percepção de saúde homogéneo ao nível da vitalidade e função social entre os grupos em estudo. Quanto aos índices de desempenho emocional e saúde mental, estes revelaram ser ligeiramente superiores em pessoas que iniciaram o consumo em adulto comparativamente aos que iniciaram na adolescência.

As pessoas que apresentaram uma idade compreendida entre os [55-65] anos e que teriam iniciado o consumo na adolescência percecionam uma visão mais positiva de saúde comparativamente aos que iniciaram o consumo em adultos, à exceção do índice de saúde mental.

Porém, nas pessoas com 65 ou mais anos verificamos uma melhor percepção de saúde ao nível da função social, desempenho emocional e saúde mental quando indicaram ter iniciado o consumo de álcool já em adulto comparativamente às pessoas que teriam iniciado no período da adolescência. Padrão inverso verificou-se ao nível do índice de vitalidade.

Quanto ao efeito principal, de forma isolada, verificamos que ao nível das médias marginais as pessoas que indicaram ter iniciado o consumo na adolescência apresentaram uma média, no presente momento, de melhor vitalidade e saúde mental comparativamente às pessoas que iniciaram já na fase adulta. Quanto ao índice função social este revelou em média, um padrão homogéneo entre os grupos. Por fim, ao nível do desempenho emocional, foram as pessoas que indicaram ter iniciado o consumo em adultos que demonstraram melhor percepção de saúde.

Quanto ao efeito principal idade (classe) verificou-se que o avançar da idade dos nossos habitantes tendem, em média, a apresentar pior condição de saúde nos diferentes índices.

Tendo por base a leitura dos valores anteriores do quadro do design fatorial propusemos avaliar o impacto destes efeitos principais e combinados ao nível das medidas de estado de saúde mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 271: Análise de Variância Multivariada da Idade (Classes) e Álcool na Adolescência sobre as Medidas de Estado de Saúde Mental.

Multivariate Tests		Adolescência					
Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	p (U)	p (λ_1)	η_p^2 (U)	η_p^2 (λ_1)	$\pi^{(a)}$
1)	0,127	0,119	<0,0001	<0,0001	0,042	0,106	1,000
2)	0,028	0,028	0,011	0,011	0,028	0,028	0,838
1 × 2	0,028	0,015	0,355	0,130	0,009	0,015	0,650
<i>Intercept</i>	0,974	36,932	<0,0001	<0,0001	0,974	0,974	1,000

Test of Between-Subjects Effects							
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p
Idade (Classes)	Vitalidade	5359,659	355,136	3	468	15,092	<0,0001
	Função Social	3838,205	280,708	3	468	13,673	<0,0001
	Desempenho Emocional	1938,872	197,698	3	468	9,807	<0,0001
	Saúde Mental	2352,383	231,801	3	468	10,148	<0,0001
Consumo álcool	Vitalidade	1808,384	355,136	1	468	5,092	0,024
	Função Social	4,408	280,708	1	468	,016	0,900
	Desempenho Emocional	300,719	197,698	1	468	1,521	0,218
	Saúde Mental	8,450	231,801	1	468	,036	0,849

Efeito Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p
Idade × Consumo álcool (Adolescência)	Vitalidade	308,312	355,136	3	468	,868	0,457
	Função Social	454,284	280,708	3	468	1,618	0,184
	Desempenho Emocional	345,656	197,698	3	468	1,748	0,156
	Saúde Mental	321,753	231,801	3	468	1,388	0,246
	<i>Modelo Corrigido (V)</i>	2966,770	355,136	7	468	8,354	<0,0001
	<i>Modelo Corrigido (FS)</i>	1982,001	280,708	7	468	7,061	<0,0001
	<i>Modelo Corrigido (DE)</i>	1073,445	197,698	7	468	5,430	<0,0001
	<i>Modelo Corrigido (SM)</i>	1283,197	231,801	7	468	5,536	<0,0001

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. Efeitos Principais: 1) Idade (Classes); 2) Consumo de álcool (Adolescência); 1×2 Efeito de Interação entre “Idade (Classes)” e o “Consumo de álcool (Adolescência)”.

Segundo o quadro anterior e à semelhança do nível das medidas de saúde físicas, também não se registou um efeito de interação entre os hábitos de consumo de álcool na adolescência com a idade (classes) dos habitantes em estudo ($U_{1 \times 2} = 0,028$; $F = 1,101$; $p = 0,355$) no compósito multivariado das medidas de estado de saúde mental.

Quanto aos efeitos principais isolados, estes revelaram efeitos estatisticamente significativos sobre o compósito multivariado das diferentes medidas de estado de saúde ($U_{\text{idade (classes)}} = 0,127$; $F = 5,148$; $p < 0,0001$; $U_{\text{álcool adolescência}} = 0,028$; $F = 3,290$; $p = 0,011$).

Com recurso à Análise de Variância Fatorial constatamos que a idade revelou um efeito significativo sobre a totalidade dos índices de saúde física ($p < 0,0001$). Nas comparações das médias marginais por classes de idades em cada um dos índices vejamos o quadro seguinte:

Com recurso ao teste de comparações múltiplas ajustado Bonferroni, verificamos que as pessoas com 65 anos ou mais relativamente às pessoas mais jovens apresentaram significativamente pior condição de saúde ao nível da vitalidade ($d_{\bar{x}}_{[55-65[anos} = -15,098; p < 0,0001; d_{\bar{x}}_{[45-55[anos} = -15,520; p < 0,0001; d_{\bar{x}}_{[35-45[anos} = -20,217; p < 0,0001$), função social ($d_{\bar{x}}_{[55-65[anos} = -12,780; p < 0,0001; d_{\bar{x}}_{[45-55[anos} = -15,114; p < 0,0001; d_{\bar{x}}_{[35-45[anos} = -16,748; p < 0,0001$),

Quadro 272: Comparações múltiplas de idade (classes) em função das medidas de estado de saúde físicas

Medidas de Estado de Saúde Mental	Idade (Classes)	M(EP)	IC 95%
Vitalidade	35 - 44 anos	73,61(1,42)	70,82-76,39
	45 - 54 anos	68,91(1,47)	66,02-71,80
	55 - 64 anos	68,49(2,16)	64,24-72,73
	=> 65 anos	53,39(2,65)	48,18-58,60
Função Social	35 - 44 anos	88,67(1,26)	86,20-91,15
	45 - 54 anos	87,04(1,31)	84,47-89,61
	55 - 64 anos	84,70(1,92)	80,93-88,48
	=> 65 anos	71,92(2,36)	67,29-76,56
Desempenho Emocional	35 - 44 anos	93,39(1,06)	91,31-95,46
	45 - 54 anos	93,47(1,10)	91,31-95,63
	55 - 64 anos	88,38(1,61)	85,21-91,55
	=> 65 anos	82,82(1,98)	78,93-86,70
Saúde Mental	35 - 44 anos	82,55(1,15)	80,30-84,80
	45 - 54 anos	80,29(1,19)	77,95-82,63
	55 - 64 anos	77,47(1,75)	74,04-80,91
	=> 65 anos	69,55(2,14)	65,34-73,76

Legenda: M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. Teste de comparações múltiplas ajustado Bonferroni.

desempenho emocional ($d_{\bar{x}}_{[45-55[anos} = -10,657; p < 0,0001; d_{\bar{x}}_{[35-45[anos} = -10,570; p < 0,0001$), e menor saúde mental ($d_{\bar{x}}_{[55-65[anos} = -7,924; p = 0,026; d_{\bar{x}}_{[45-55[anos} = -10,741; p < 0,0001; d_{\bar{x}}_{[35-45[anos} = -12,998; p < 0,0001$). Quanto às pessoas que se encontravam na faixa etária dos [55-65[anos revelaram, em média, uma perceção de saúde semelhante, isto é, não significativa face às restantes classes de idade mais jovens na totalidade dos índices de saúde mental. Por fim, as pessoas que se encontravam na faixa etária dos [45-55[anos também apresentaram, em média, uma perceção de saúde sensivelmente homogénea face às pessoas com [35-45[.

Com recurso à Análise de Variância Fatorial constatamos que o “início do consumo na adolescência” revelou um efeito significativo só sobre o índice de vitalidade ($F_{(1,468)} = 5,092; p = 0,024; \pi = 0,615$).

Nas comparações das médias marginais por classes de idades em cada um dos índices vejamos o quadro seguinte

Quadro 273: Comparações múltiplas no consumo de álcool na adolescência em função das medidas de estado de saúde mental

Medidas de Estado de Saúde Mental	Consumo de Álcool (Adolescência)	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Vitalidade	Sim	68,35(1,36)	65,67-71,02	4,496	0,024
	Não	63,85(1,46)	60,99-66,71		
Função Social	Sim	82,97(1,21)	80,60-85,35	-0,222	0,900
	Não	83,20(1,29)	80,65-85,74		
Desempenho Emocional	Sim	88,60(1,01)	86,60-90,59	-1,833	0,218
	Não	90,43(1,09)	88,29-92,56		
Saúde Mental	Sim	77,62(1,10)	75,46-79,78	0,307	0,849
	Não	77,31(1,18)	75,00-79,62		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Como podemos observar só se registaram diferenças médias significativas ao nível do índice de vitalidade. As pessoas que indicaram ter iniciado o consumo do álcool na adolescência demonstraram melhor percepção deste índice comparativamente às pessoas que iniciaram já em adulto.

2.4.2.3.4 – HÁBITOS DE ATIVIDADE FÍSICA

Propusemos de seguida compreender, de que forma a prática de desporto na adolescência teria impacto na percepção geral de saúde ao nível físico e mental. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 274: Índices de Saúde física e mental em função da prática de atividade física na adolescência.

Período de Vida	Índices de Saúde	Atividade Desportiva			
		N	M±DP	I.C. 95%	
Adolescência	Função Física ($p<0,0001$)	Sim	481	90,30±15,60	88,90-91,70
		Não	583	81,05±22,68	79,20-82,89
	Desempenho Físico ($p<0,0001$)	Sim	480	88,44±19,71	86,67-90,21
		Não	589	82,91±23,41	81,01-84,80
	Dor corporal ($p<0,0001$)	Sim	482	75,55±22,85	73,50-77,59
		Não	591	68,00±23,52	66,10-69,90
	Saúde em Geral ($p<0,0001$)	Sim	480	66,48±17,48	64,91-68,05
		Não	588	59,12±17,30	57,72-60,53
	Vitalidade ($p<0,0001$)	Sim	496	70,02±19,86	68,27-71,77
		Não	606	63,62±22,04	61,86-65,38
	Função Social ($p=0,008$)	Sim	500	85,20±20,03	83,44-86,96
		Não	610	81,97±20,21	80,36-83,57
	Desempenho Emocional ($p=0,002$)	Sim	496	89,58±17,95	88,00-91,17
		Não	607	85,94±21,49	84,23-87,65
	Saúde Mental ($p<0,0001$)	Sim	496	78,75±18,80	77,09-80,41
		Não	605	74,72±19,08	73,20-76,25

Legenda: Teste t-Student amostras Independentes; M: Média; DP: Desvio Padrão; I.C. 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média.

Verificamos que os índices de saúde física foram significativamente superiores em pessoas que indicaram ter por hábito a prática de atividade física na adolescência comparativamente às pessoas que não tinham esse hábito no mesmo período. Como podemos constatar, as pessoas que realizavam atividades física de forma regular na adolescência apresentaram significativamente melhores índices de saúde ao nível mental comparativamente às pessoas que não tinham por hábito a prática de atividade física nesse período de vida.

Também procuramos compreender se as pessoas que indicaram praticar atividade física durante o período escolar teriam uma percepção de saúde mais positiva comparativamente às pessoas que indicaram não ter praticado. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 275: Índices de Saúde física e mental em função da prática de atividade física na adolescência dentro da escola.

ESTADO DE SAÚDE	PRÁTICA DE ATIVIDADE DESPORTIVA DENTRO DA ESCOLA				p
	NÃO		SIM		
	M±DP (n)	I.C.95%	M±DP (n)	I.C.95%	
FUNÇÃO FÍSICA	87,84±16,75 (56)	83,35-92,32	90,62±15,43 (425)	89,15-92,09	0,087
DESEMPENHO FÍSICO	87,39±20,28 (56)	81,96-92,82	88,58±19,65 (424)	86,70-90,46	0,910
DOR CORPORAL	71,53±22,28 (55)	65,51-77,55	76,07±22,90 (427)	73,89-78,24	0,087
SAÚDE EM GERAL	64,84±18,21 (56)	59,96-69,72	66,70±17,40 (424)	65,04-68,36	0,504
VITALIDADE	67,71±20,61 (56)	62,19-73,23	70,97±19,70 (423)	69,08-72,85	0,291
FUNÇÃO SOCIAL	85,71±18,83 (56)	80,67-90,76	84,92±20,07 (427)	83,02-86,83	0,859
DESEMPENHO EMOCIONAL	90,63±17,27 (56)	86,00-95,25	89,32±18,06 (423)	87,60-91,05	0,303
SAÚDE MENTAL	79,00±17,81 (56)	74,23-83,77	78,52±19,19 (423)	76,68-80,35	0,900

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; (n): n.º de casos; I.C.95%: Intervalo de Confiança de 95% para Média
 Teste: Wilcoxon-Mann-Whitney.

Não se observaram diferenças significativas de percepção de estado de saúde entre as pessoas que indicaram praticar ou não atividade física dentro da escola no período da adolescência.

No que diz respeito ao indicador de *Atividade Física* procuramos avaliar se as pessoas que tinham por hábito realizar a referida atividade na adolescência ou não teriam alterado esse comportamento na vida adulta. Vejamos o quadro seguinte:

Verificamos alterações estatisticamente significativas do comportamento assumido na adolescência para a vida adulto ($p < 0,05$). Das 544 pessoas que inicialmente indicaram ter por hábito a prática de atividade física na adolescência alteraram esse comportamento, isto é, 55,9% já não têm por hábito a realização de atividade física.

Quadro 276: Prática de atividade física entre a adolescência e a vida adulta.

Atividade de atividade física (Adolescência)		Atividade Física (Adulto)		Total
		Não	Sim	
Sim	n	304	240	544
	% linha	55,9%	44,1%	100,0%
	% coluna	36,0%	73,4%	46,4%
	% Total	25,9%	20,5%	46,4%
Não	n	541	87	628
	% linha	86,1%	13,9%	100,0%
	% coluna	64,0%	26,6%	53,6%
	% Total	46,2%	7,4%	53,6%
Total	n	845	327	1172
	% linha	72,1%	27,9%	100,0%
	% coluna	100,0%	100,0%	100,0%
	% Total	72,1%	27,9%	100,0%

Teste: McNemar. $p < 0,0001$.

Porém, das 628 pessoas que indicaram não ter por hábito a prática de atividade física na adolescência, só 13,9% destas é que passaram a realizar atividade desportiva com regularidade. Das 327 pessoas que atualmente praticam atividade física regularmente, 73,4% já praticavam algum desporto na adolescência. Mas das 845 pessoas que atualmente não praticam atividade física 36% tinha por hábito praticar.

Face ao exposto e seguindo a estratégia de análises anteriores procuramos avaliar o impacto dos comportamentos da prática de atividade física na fase da adolescência e a prática de atividade física na vida adulta ao nível das medidas de estado de saúde física e mental em função da idade dos inquiridos.

O quadro seguinte apresenta o *design* fatorial (efeitos combinados e efeitos principais) ao nível das medidas de estado de saúde físicas para posterior aplicação da estatística multivariada.

Ao nível do índice de *função física*, podemos constatar, que segundo os efeitos combinados, as pessoas com [35-45[anos e com [45-55[anos que atualmente praticam atividade física e que tinham por hábito praticar na adolescência apresentam, em média, melhores índices comparativamente às pessoas que não tinham iniciado a atividade na adolescência. O mesmo não ocorreu em pessoas com mais idade ao nível deste índice.

Quanto às pessoas que atualmente não praticam atividade física mas que tinham por hábito realizar na adolescência apresentaram, em cada um dos grupos de idades à exceção da classes [55-65[anos, melhores resultados médios comparativamente às pessoas que não tinham esse hábito nesse

período de vida. Quanto ao índice “*desempenho físico*” verificamos, segundo os efeitos combinados, que as pessoas que indicaram realizar atividade física no momento presente mas que não tinham por hábito a prática de atividade física na adolescência revelam uma melhor percepção

Quadro 277: *Design* fatorial da atividade desportiva na adolescência e na vida adulta ao nível das medidas de estado de saúde físicas.

Índices de Saúde	Idade	Prática Desporto ^(a)	Pratica algum desporto - Adulto		
			Sim	Não	Total
			M±DP	M±DP	M±DP
Função Física	35 - 44 anos	Sim	99,54±1,62	96,25±5,87	97,70±4,79
		Não	96,58±5,54	94,58±8,43	94,83±8,13
		Total	99,06±2,86	95,39±7,33	96,54±6,50
	45 - 54 anos	Sim	90,33±13,65	86,75±14,63	88,12±14,33
		Não	87,33±16,17	85,08±16,78	85,41±16,67
		Total	89,33±14,52	85,68±16,04	86,59±15,73
	55 - 64 anos	Sim	84,09±17,43	76,95±21,21	79,44±20,12
		Não	90,83±5,57	79,12±17,52	80,32±17,06
		Total	86,47±14,64	78,51±18,58	80,01±18,14
	=> 65 anos	Sim	75,83±26,36	68,33±26,09	71,06±26,03
		Não	78,50±17,96	50,38±28,36	53,11±28,71
		Total	77,05±22,45	53,68±28,71	57,46±29,03
	Total	Sim	93,41±13,56	88,13±16,64	90,26±15,67
		Não	89,15±13,99	79,92±23,52	81,06±22,76
		Total	92,26±13,78	82,87±21,65	85,22±20,38
Desempenho Físico	35 - 44 anos	Sim	99,87±0,89	96,12±7,50	97,78±5,93
		Não	99,98±0,99	96,40±7,04	96,85±6,69
		Total	99,89±0,81	96,26±7,25	97,40±6,25
	45 - 54 anos	Sim	85,10±20,78	86,02±18,26	85,67±19,20
		Não	94,79±8,70	86,67±18,62	87,87±17,74
		Total	88,33±18,22	86,44±18,46	86,91±18,40
	55 - 64 anos	Sim	80,21±23,34	75,30±26,33	77,02±25,25
		Não	84,90±20,89	79,11±20,69	79,70±20,69
		Total	81,86±22,30	78,04±22,39	78,76±22,36
	=> 65 anos	Sim	63,54±30,72	60,42±27,97	61,55±28,56
		Não	81,88±21,34	54,70±29,14	57,34±29,52
		Total	71,88±27,87	55,76±28,89	58,36±29,24
	Total	Sim	90,73±18,97	86,99±20,03	88,50±19,68
		Não	92,69±14,21	81,75±24,03	83,10±23,32
		Total	91,26±17,81	83,63±22,80	85,54±21,90
Dor Corporal	35 - 44 anos	Sim	90,59±11,43	81,92±18,14	85,75±16,10
		Não	82,32±17,44	77,88±19,93	78,44±19,63
		Total	89,25±12,88	79,84±19,15	82,79±17,95
	45 - 54 anos	Sim	71,83±24,53	68,52±22,54	69,78±23,30
		Não	74,27±18,15	69,30±22,98	70,03±22,36
		Total	72,64±22,53	69,02±22,78	69,92±22,74
	55 - 64 anos	Sim	71,68±26,04	59,51±23,11	63,76±24,67
		Não	77,50±21,55	66,90±22,33	67,99±22,40
		Total	73,74±24,37	64,83±22,72	66,51±23,24
	=> 65 anos	Sim	64,83±28,94	54,05±22,64	57,97±25,22
		Não	67,40±22,35	48,63±22,10	50,46±22,71
		Total	66,00±25,58	49,63±22,20	52,28±23,47
	Total	Sim	80,95±21,80	72,01±22,87	75,63±22,84
		Não	76,00±19,36	67,23±23,93	68,32±23,58
		Total	79,62±21,24	68,95±23,65	71,62±23,52
Saúde em Geral	35 - 44 anos	Sim	75,44±10,28	71,61±12,02	73,30±11,42
		Não	72,74±11,84	67,91±13,09	68,52±13,00
		Total	75,00±10,54	69,70±12,69	71,36±12,29
	45 - 54 anos	Sim	66,73±17,85	62,25±18,49	63,96±18,33
		Não	66,57±16,07	60,32±14,86	61,24±15,17
		Total	66,68±17,19	61,01±16,25	62,42±16,65
	55 - 64 anos	Sim	63,50±21,48	54,78±18,03	57,83±19,59
		Não	64,75±13,58	57,30±17,05	58,07±16,83
		Total	63,94±18,85	56,60±17,30	57,98±17,79
	=> 65 anos	Sim	52,25±20,91	49,33±22,35	50,39±21,55
		Não	55,20±14,04	41,88±16,48	43,17±16,68
		Total	53,59±17,77	43,25±17,83	44,93±18,16
	Total	Sim	69,90±16,47	64,31±17,77	66,57±17,46
		Não	66,31±15,05	58,28±17,49	59,27±17,40
		Total	68,93±16,15	60,45±17,82	62,57±17,79

(a) - Adolescência

de saúde comparativamente às pessoas que teriam por hábito realizar atividade física na adolescência em todos os grupos etários. O mesmo padrão ocorreu em pessoas que não têm por hábito a prática de atividade física em adulto em todas as faixas etárias à exceção do grupo de pessoas com idades ≥ 65 anos.

No que diz respeito ao *índice dor corporal*, nas estimativas observadas ao nível combinado verificamos que as pessoas que praticam atividade física no presente e que tenham entre os [35-45[anos de idade e que tinham por hábito a prática de desporto na adolescência, apresentam menor impacto da dor corporal comparativamente às pessoas que indicaram não ter por hábito a realização de exercício físico na adolescência. Porém, verificou-se um efeito combinado contrário nos restantes grupos de idades.

Quando observamos as pessoas que indicaram não praticar atividade física, no momento presente, mas que teriam realizado atividade física na adolescência, estas apresentaram menor impacto da dor corporal face às pessoas que nunca realizaram atividade física nesse período da vida. Esta perceção foi mais elevada nas pessoas com [35-45[anos e em pessoas com ≥ 65 anos. O mesmo não ocorreu nas restantes classes de idade.

Por fim, ao nível da *saúde em geral*, verificamos que as pessoas que atualmente praticam ou não atividade física regular mas que tinham por hábito realizá-la na adolescência apresentaram ligeiramente melhores resultados de saúde comparativamente às pessoas que nunca praticaram na adolescência. Este padrão observou-se entre todas as faixas etárias à exceção das pessoas com [55-65[anos.

Ao nível dos efeitos isolados idade (classes) confirmamos como anteriormente foi referido no capítulo anterior que, com o avançar da idade das pessoas, a perceção de saúde ao nível das medidas de estado de saúde física tendem a agravar-se.

Também ao nível do efeito principal isolado que as pessoas que indicaram praticar atividade física no período da adolescência comparativamente às pessoas que não tinham por hábito praticar nesse período apresentaram melhores índices de saúde física.

Por fim, quanto ao efeito principal isolado, prática de atividade física regular em adulto demonstrou que as pessoas que indicaram praticar apresentavam, em média, melhores índices de saúde física comparativamente às pessoas que atualmente não realizam exercício físico.

Face ao exposto vejamos o quadro seguinte com as estatísticas sumárias multivariadas dos efeitos combinados e dos efeitos principais em estudo:

Quadro 278: Análise de Variância Multivariada da atividade desportiva na adolescência e na vida adulta em função da idade (classes) sobre as Medidas de Estado de Saúde Física.

Multivariate Tests								
	Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	p (U)	p (λ_1)	η_p^2 (U)	η_p^2 (λ_1)	$\pi^{(a)}$
	1)	0,201	0,237	<0,0001	<0,0001	0,067	0,191	1,000
	2)	0,019	0,019	0,001	0,001	0,019	0,019	0,960
	3)	0,037	0,038	<0,0001	<0,0001	0,037	0,037	1,000
	2 × 3	0,008	0,008	0,076	0,076	0,008	0,008	0,632
	1 × 2 × 3	0,067	0,047	0,001	<0,0001	0,017	0,045	1,000
	<i>Intercept</i>	0,938	15,072	<0,0001	<0,0001	0,938	0,938	1,000
Test of Between-Subjects Effects								
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p	
Idade (Classes)	Função Física	14702,237	248,559	3	1034	59,150	<0,0001	
	Desempenho Físico	20604,588	319,039	3	1034	64,583	<0,0001	
	Dor Corporal	12382,354	442,265	3	1034	27,998	<0,0001	
	Saúde em Geral	9263,091	238,718	3	1034	38,803	<0,0001	
Atividade Desportiva (Adolescência)	Função Física	448,211	248,559	1	1034	1,803	0,180	
	Desempenho Físico	1849,611	319,039	1	1034	5,797	0,016	
	Dor Corporal	2,912	442,265	1	1034	,007	0,935	
	Saúde em Geral	155,039	238,718	1	1034	,649	0,420	
Atividade Desportiva (Vida adulta)	Função Física	7840,044	248,559	1	1034	31,542	<0,0001	
	Desempenho Físico	5620,130	319,039	1	1034	17,616	<0,0001	
	Dor Corporal	9897,926	442,265	1	1034	22,380	<0,0001	
	Saúde em Geral	4885,036	238,718	1	1034	20,464	<0,0001	
Efeito Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p	
AD (Adolescência) × AD (Vida adulta)	Função Física	928,814	248,559	1	1034	3,737	0,053	
	Desempenho Físico	2082,115	319,039	1	1034	6,526	0,011	
	Dor Corporal	26,582	442,265	1	1034	0,060	0,806	
	Saúde em Geral	257,456	238,718	1	1034	1,078	0,299	
Idade × AD (Adolescência) × AD (Vida adulta)	Função Física	1279,699	248,559	9	1034	5,148	<0,0001	
	Desempenho Físico	584,901	319,039	9	1034	1,833	0,059	
	Dor Corporal	822,366	442,265	9	1034	1,859	0,054	
	Saúde em Geral	197,524	238,718	9	1034	,827	0,591	
	<i>Modelo Corrigido</i> (FF)	11911,239	248,559	15	1034	47,921	<0,0001	
	<i>Modelo Corrigido</i> (DF)	11551,567	319,039	15	1034	36,207	<0,0001	
	<i>Modelo Corrigido</i> (DC)	8197,805	442,265	15	1034	18,536	<0,0001	
	<i>Modelo Corrigido</i> (SG)	5685,632	238,718	15	1034	23,817	<0,0001	

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de *Traço de Pillay*. (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. AD: Atividade Desportiva; Efeitos Principais: 1) Idade (Classes); 2) Atividade desportiva (Adolescência); 3) Atividade desportiva (Vida Adulta); 1×2×3 Efeito de Interação entre “Idade” “Atividade desportiva (Adolescência)” e a “Atividade desportiva (Vida Adulta)”.

Segundo o quadro anterior, registaram-se efeitos de interação estatisticamente significativos entre os efeitos principais “idade (Classes)”, “atividade física na adolescência” e “atividade física na vida adulta” ($U_{1 \times 2 \times 3} = 0,074$; $F = 1,969$; $p < 0,0001$) bem como um efeito de interação marginalmente significativo entre os efeitos principais isolados “atividade física na adolescência” e “atividade física na vida adulta” ($U_{2 \times 3} = 0,008$; $F = 2,124$; $p = 0,076$) no compósito multivariado das medidas de estado de saúde física.

Também verificamos que as variáveis principais, de forma isolada, apresentaram efeitos estatisticamente significativos sobre o compósito multivariado das diferentes medidas de estado de saúde ($U_1 = 0,201$; $F = 18,570$; $p < 0,0001$; $U_2 = 0,019$; $F = 4,916$; $p = 0,001$; $U_3 = 0,037$; $F = 9,819$; $p < 0,0001$).

Quanto ao efeito de interação entre a *idade* (classes), *atividade desportiva na adolescência* e *atividade desportiva na vida adulta* ao nível da *função física* ($F_{(9,1034)} = 5,148; p < 0,0001; \pi = 1,000$), constatamos que as pessoas na faixa etária dos [35-45[anos apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias em pessoas que teriam por hábito realizar atividade desportiva ou não no período da adolescência em pessoas que atualmente realizam regularmente atividade física ($\hat{\psi} = 3,795; F_{(1,372)} = 6,101; p = 0,014;]0,774; 6,817[$). As pessoas que já realizavam atividade física na adolescência e que mantêm essa mesma prática revelam melhor condição física comparativamente às pessoas que não tinham por hábito na adolescência embora o façam no presente momento.

Porém, também verificamos que as pessoas que já tinham por hábito praticar atividade física na adolescência e que no momento presente (adulto) não praticam apresentam significativamente melhor percepção física face às pessoas que nunca tinham por hábito realizar atividade física na adolescência e que também neste momento não praticam ($\hat{\psi} = 1,697; F_{(1,372)} = 7,704; p = 0,031;]0,158; 3,235[$).

Quanto ao grupo de pessoas que se encontram na faixa etária dos [45-55[anos de idade, não se observaram diferenças médias significativas ao nível da função física em pessoas que indicaram ter ou não realizado, como hábito, atividade desportiva na adolescência face ao tipo de prática no momento atual ($\hat{\psi}_{Pratica\ atividade\ fisica\ (adulto)} = 3,0; F_{(1,358)} = 0,734; p = 0,392;] - 3,889; 9,889[$;

($\hat{\psi}_{N\tilde{a}o\ pratica\ atividade\ fisica\ (adulto)} = 1,698; F_{(1,358)} = 0,736; p = 0,391;] - 2,193; 5,89[$).

Também ao nível da faixa etária dos [55-65[anos o padrão fora semelhante ($\hat{\psi}_{Pratica\ atividade\ fisica\ (adulto)} = -6,268; F_{(1,178)} = 0,966; p = 0,327;] -$

$18,853; 6,317[$; ($\hat{\psi}_{N\tilde{a}o\ pratica\ atividade\ fisica\ (adulto)} = -1,737; F_{(1,178)} = 0,282; p = 0,596;] - 8,189; 4,715[$).

Quanto à faixa etária ≥ 65 anos, verificamos a ausência de diferenças médias entre o grupo de pessoas que tenham ou não praticado atividade física durante a adolescência mas que atualmente indicam que realizam atividade física ($\hat{\psi} = -2,667; F_{(1,132)} = 0,052; p = 0,820;] - 25,765; 20,431[$).

No entanto, as pessoas que indicaram que atualmente não realizam atividade física mas que tinham por hábito praticar essa mesma atividade na adolescência apresentaram significativamente melhor função física, em média, comparativamente às pessoas que nunca praticaram na adolescência e que também não o fazem no momento presente ($\hat{\psi} = 17,957; F_{(1,132)} = 7,428; p = 0,007;]4,924; 30,990[$).

No que diz respeito ao índice *desempenho físico* ($F_{(1,1034)} = 1,833; p = 0,059; \pi = 0,821$) constatamos que as pessoas que se encontravam na faixa etária dos [35-45[anos e que tinham por hábito praticar desporto na adolescência e que ainda hoje praticam atividade física revelaram significativamente melhor desempenho, em média, comparativamente às pessoas que não tinham

por hábito de a realizar apesar de hoje realizarem atividade física ($\hat{\psi} = 4,428; F_{(1;372)} = 5,951; p = 0,015;]0,859; 7,998[$). No entanto não se observaram diferenças médias de desempenho físico em pessoas nesta mesma faixa etária e que no momento presente não realizam atividade desportiva quer a tenham praticado ou não na adolescência ($\hat{\psi} = -0,283; F_{(1;372)} = 0,089; p = 0,765;]-2,151; 1,575[$).

As pessoas que se encontravam na faixa etária dos [45-55[anos e que atualmente praticavam atividade física mas que não tinham por hábito realizar a mesma na adolescência percecionaram melhor condição física comparativamente às pessoas que já tinham por hábito praticar na adolescência ($\hat{\psi} = -10,058; F_{(1;362)} = 6,093; p = 0,014;]-18,071; -2,045[$). Já não se registaram diferenças médias deste mesmo índice de saúde em pessoas que atualmente não realizam qualquer atividade física e quer tenham ou não praticado atividade física na adolescência ($\hat{\psi} = -0,492; F_{(1;362)} = 0,046; p = 0,831;]-5,017; 4,033[$).

Também na faixa etária dos [55-65[anos de idade as pessoas não se diferenciaram em média quanto à perceção de saúde no que diz respeito ao índice de desempenho quer tenham praticado atividade física de forma ativa na adolescência ou não face ao tipo de praticante no momento presente

($\hat{\psi}_{Pratica\ atividade\ física\ (adulto)} = -4,687; F_{(1;178)} = 0,339; p = 0,561;]-20,569; 11,194[$; ($\hat{\psi}_{Não\ pratica\ atividade\ física\ (adulto)} = -3,411; F_{(1;178)} = 0,696; p = 0,405;]-11,480; 4,657[$). Padrão semelhante ocorreu em pessoas com 65 ou mais anos de idade ($\hat{\psi}_{Pratica\ atividade\ física\ (adulto)} = -18,687; F_{(1;133)} = 2,253; p = 0,136;]-42,492; 5,826[$; ($\hat{\psi}_{Não\ pratica\ atividade\ física\ (adulto)} = 5,696; F_{(1;133)} = 0,684; p = 0,410;]-7,923; 19,315[$).

Quanto ao *índice dor corporal*, como constatamos que o efeito de interação entre a *idade* (classes), *atividade física na adolescência* e *atividade física em adulto* revelou um efeito marginalmente significativo ($F_{(9;1034)} = 1,859; p = 0,054; \pi = 0,828$), procuramos avaliar, através da estatística de contrastes não balanceados, se poderiam verificar efeitos combinados entre os diferentes efeitos principais. Quanto às pessoas com idades compreendidas entre os [35-45[anos e que atualmente praticam atividade física regular e que este mesmo hábito se mantinha desde a sua adolescência apresentaram menor impacto da dor na sua rotina diária comparativamente às pessoas que praticam atualmente mas que não tinham esse hábito na adolescência ($\hat{\psi} = 8,503; F_{(1;372)} = 3,980; p = 0,047;]-0,122; 16,884[$). As pessoas que indicaram não praticar atividade física em adultos mas que tinham esse hábito no período da adolescência revelaram em média, mas não de forma significativa, menor impacto da dor no quotidiano comparativamente a pessoas que não têm por hábito realizar atividade física e que também já não tinham no período da adolescência ($\hat{\psi} = 3,801; F_{(1;372)} = 3,069; p = 0,081;]-0,466; 8,068[$). Nos restantes escalões etários não se registaram diferenças médias significativas entre as pessoas que atualmente realizam atividade desportiva quer tenham tido ou não o hábito da prática de atividade física na adolescência e o

mesmo ocorreu em pessoas que não realizam atividade física em adulto mas tivessem por hábito ou não a prática de atividade física na adolescência.

Por fim, não se registou um efeito combinado entre todos os efeitos principais sobre o *índice de saúde em geral* ($F_{(9;1034)} = 0,827; p = 0,591; \pi = 0,419$).

Com recurso à Análise de Variância Fatorial constatamos um efeito de interação entre a *atividade desportiva na adolescência e atividade desportiva na vida adulta* ao nível da *função física* este foi marginalmente significativo ($F_{(1;1034)} = 3,737; p = 0,053; \pi = 0,500$). Com recurso à estatística dos contrastes para amostras não balanceadas, não se verificaram diferenças médias significativas entre as pessoas que teriam por hábito realizar atividade desportiva ou não no período da adolescência em pessoas que atualmente realizam regularmente atividade física ($\hat{\psi} = 4,426; F_{(1;1056)} = 2,676; p = 0,102;] - 0,882; 9,734[$). No entanto, as pessoas que na adolescência já tinham por hábito praticar atividade física e que atualmente não o fazem apresentam, em média, significativamente melhor função física comparativamente às pessoas que não fizeram na adolescência e que neste momento da vida adulta também não fazem ($\hat{\psi} = 8,214; F_{(1;1056)} = 32,123; p < 0,0001;]5,370; 11,057[$).

No que diz respeito ao índice, *desempenho físico* também constatamos um efeito de interação estatisticamente significativo ($F_{(1;1034)} = 6,526; p = 0,011; \pi = 0,723$), porém, com recurso à estatística dos teste dos contrastes para amostras não balanceadas, constatamos a ausência de diferenças entre os grupos (prática de atividade física na adolescência ou não) quanto às pessoas que atualmente praticam atividade desportiva ($\hat{\psi} = -1,060; F_{(1;1061)} = 0,127; p = 0,721;] - 6,892; 4,711[$). Quanto às pessoas que na adolescência já tinham por hábito praticar atividade física e que atualmente não o fazem apresentam, em média, significativamente melhor função física comparativamente às pessoas que não fizeram na adolescência e que neste momento da vida adulta também não fazem ($\hat{\psi} = 5,285; F_{(1;1061)} = 10,924; p = 0,001;]2,147; 8,423[$).

Por fim, não se registou um efeito combinado ao nível da dor corporal e saúde em geral entre os efeitos principais de atividade física na adolescência e prática de atividade física na vida adulta.

Propusemos de seguida avaliar os efeitos principais isolados sobre os diferentes índices de saúde física. Como confirmado em análises estatísticas anteriores, a idade revelou ter um efeito significativo sobre os diferentes índices de saúde física.

Com recurso ao *teste de comparações múltiplas Least Significant Difference (LSD)*, registamos diferenças médias estatisticamente significativas no grupo de pessoas com idades ≥ 65 anos comparativamente às classes de idades mais jovens no que diz respeito ao índice de *função física*: ($d_{\bar{x}}_{[35-45] \text{ anos}} = -39,078; p < 0,0001; d_{\bar{x}}_{[45-55] \text{ anos}} = -29,125; p < 0,0001; d_{\bar{x}}_{[55-65] \text{ anos}} = -22,550; p < 0,0001$). Também as pessoas com idades compreendidas entre os [55-65] anos revelaram índices

médios significativamente mais baixos comparativamente às pessoas das classes de idades mais jovens: ($d_{\bar{x}}_{[35-45[\text{anos}} = -16,528; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{[45-55[\text{anos}} = -6,576; p = 0,002$). Por fim, as pessoas com idades compreendidas entre os $[45-55[$ anos revelaram significativamente menor vitalidade face ao grupo de idade precedente: ($d_{\bar{x}}_{[35-45[\text{anos}} = -9,953; p < 0,0001$).

Ao nível do *desempenho físico* também verificamos que as pessoas com idades ≥ 65 anos tendiam a revelar piores resultados deste índice comparativamente às pessoas mais jovens: ($d_{\bar{x}}_{[35-45[\text{anos}} = -39,039; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{[45-55[\text{anos}} = -28,547; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{[55-65[\text{anos}} = -20,398; p < 0,0001$). Padrão semelhante ocorreu em pessoas com idades compreendidas entre os $[55-65[$ anos ($d_{\bar{x}}_{[35-45[\text{anos}} = -18,641; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{[45-55[\text{anos}} = -8,150; p < 0,0001$) e também em pessoas com idades entre $[45-55[$ anos ($d_{\bar{x}}_{[35-45[\text{anos}} = -10,492; p < 0,0001$).

No que diz respeito ao *índice dor corporal*, constatamos o mesmo comportamento como nos índices anteriores, isto é, as pessoas com mais idade revelam maior impacto à dor comparativamente às pessoas nas classes de idades mais jovens: ($d_{\bar{x}}_{[35-45[\text{anos}} = -30,509; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{[45-55[\text{anos}} = -17,643; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{[55-65[\text{anos}} = -14,497; p < 0,0001$). Também as pessoas com idades compreendidas entre os $[55-65[$ anos apresentaram significativamente pior desempenho físico associado à dor comparativamente às pessoas mais novas: ($d_{\bar{x}}_{[35-45[\text{anos}} = -16,277; p < 0,0001$) à exceção das pessoas com $[45-55[$ anos ($d_{\bar{x}} = -3,411; p = 0,076$). Quanto às pessoas com $[45-55[$ anos também revelaram pior desempenho físico associado à dor comparativamente às pessoas com idades entre os $[35-45[$ anos ($d_{\bar{x}} = -12,866; p < 0,0001$).

Por fim, ao nível da *saúde em geral*, as pessoas mais jovens $[35-45[$ anos tendem a apresentar um padrão mais positivo, em geral, da sua saúde face às restantes classes de idades: ($d_{\bar{x}}_{[45-55[\text{anos}} = 8,941; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{[55-65[\text{anos}} = 13,381; p < 0,0001$; $d_{\bar{x}}_{\geq 65 \text{ anos}} = 26,431; p < 0,0001$). Também as pessoas com idades compreendidas entre os $[45-55[$ anos demonstraram significativamente melhor perceção de saúde em geral comparativamente às pessoas com mais idade: ($d_{\bar{x}}_{[55-65[\text{anos}} = 4,441; p = 0,002$; $d_{\bar{x}}_{\geq 65 \text{ anos}} = 17,497; p < 0,0001$). Padrão semelhante ocorreu entre as pessoas com $[55-65[$ anos e o grupo de pessoas com ≥ 65 anos ($d_{\bar{x}} = 13,057; p < 0,0001$).

Podemos concluir que as pessoas com mais idade revelaram uma perceção de saúde, em geral, significativamente menor comparativamente às pessoas de escalões etários mais jovens.

No que diz respeito ao efeito principal *atividade física na adolescência* vejamos o quadro seguinte:

Quadro 279: Comparações múltiplas da atividade desportiva na adolescência em função das medidas de estado de saúde física

Medidas de Estado de Saúde Físicas	Atividade física (Adolescência)	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Função Física	Sim	84,76(0,98)	82,84-86,68	1,961	0,180
	Não	82,80(1,08)	80,67-84,93		
Desempenho Físico	Sim	80,82(1,11)	78,65-83,00	-3,983	0,016
	Não	84,81(1,23)	82,39-87,22		
Dor Corporal	Sim	70,37(1,30)	67,81-72,93	-0,158	0,935
	Não	70,52(1,45)	67,69-73,36		
Saúde em Geral	Sim	61,99(0,96)	60,11-63,87	1,153	0,420
	Não	60,83(1,06)	58,75-62,92		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Podemos constatar que a presença de diferenças significativas, através do *teste de comparações múltiplas ajustado Bonferroni*, observou-se só ao nível do índice de desempenho físico entre as pessoas que teriam ou não por hábito realizar atividade física na adolescência. Verificamos que as pessoas que não tinham por hábito a prática de atividade física na adolescência percecionam melhor desempenho físico no momento presente comparativamente às pessoas que já teriam por hábito realizar exercício físico na adolescência. Quanto aos restantes índices, verificamos, mas não de forma significativa, que as pessoas que tinham por hábito realizar atividade física na adolescência percecionam na atualidade uma melhor condição física ao nível da função bem como uma visão mais positiva da sua saúde em geral.

O quadro seguinte apresenta as comparações múltiplas entre as pessoas que realizam ou não atividade física em adultos e o seu impacto na perceção de saúde ao nível físico.

Quadro 280: Comparações múltiplas da atividade desportiva na vida adulta em função das medidas de estado de saúde física

Medidas de Estado de Saúde Físicas	Atividade física (Vida adulta)	M(EP)	IC 95%	d_x	p-value ^(a)
Função Física	Sim	87,88(1,28)	85,36-90,40	8,200	<0,0001
	Não	79,68(0,69)	78,32-81,04		
Desempenho Físico	Sim	86,29(1,46)	83,43-89,14	6,943	<0,0001
	Não	79,34(0,79)	77,80-80,89		
Dor Corporal	Sim	75,05(1,71)	71,69-78,42	9,214	<0,0001
	Não	65,84(0,93)	64,02-67,66		
Saúde em Geral	Sim	64,65(1,26)	62,18-67,12	6,473	<0,0001
	Não	58,17(0,68)	56,84-59,51		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. d_x : Diferença Média.

Como podemos constatar as pessoas que atualmente praticam atividade física regular apresentaram significativamente melhores índices de saúde física comparativamente às pessoas que indicam que não praticam qualquer atividade física.

O quadro seguinte apresenta o *design fatorial* (efeitos combinados e efeitos principais) das medidas de estado de saúde mental para posterior aplicação da estatística multivariada.

Ao nível do *índice de vitalidade*, podemos constatar, segundo os efeitos combinados, as pessoas com [35-45[anos que atualmente praticam atividade física e que tinham por hábito praticar na adolescência apresentam, em média, melhores índices comparativamente às pessoas que não tinham iniciado a atividade na adolescência. O mesmo não ocorreu em pessoas com mais idade.

As pessoas com idades ≥ 45 anos que apesar de não terem o hábito de praticar atividade física na adolescência mas que atualmente praticam revelam uma percepção de saúde muito mais positiva comparativamente aos que praticam na adolescência e que ainda mantêm sensivelmente esse comportamento.

Quadro 281: *Design fatorial* da atividade desportiva na adolescência e na vida adulta ao nível em função da idade (classes) nas medidas de estado de saúde mentais.

Índices de Saúde	Idade	Prática Desporto ^(a)	Pratica algum desporto - Adulto			
			Sim	Não	Total	
			M \pm DP	M \pm DP	M \pm DP	
Vitalidade	35 - 44 anos	Sim	83,77 \pm 12,75	72,04 \pm 16,97	77,05 \pm 16,35	
		Não	75,23 \pm 17,49	68,88 \pm 20,66	69,68 \pm 20,35	
		Total	82,26 \pm 14,02	70,38 \pm 19,04	73,95 \pm 18,48	
	45 - 54 anos	Sim	68,42 \pm 18,99	66,27 \pm 19,01	67,10 \pm 18,97	
		Não	74,57 \pm 14,30	64,97 \pm 20,85	66,08 \pm 20,41	
		Total	70,10 \pm 17,96	65,43 \pm 20,19	66,53 \pm 19,76	
	55 - 64 anos	Sim	62,50 \pm 23,69	55,98 \pm 20,71	58,25 \pm 21,83	
		Não	68,57 \pm 28,98	61,64 \pm 22,70	62,44 \pm 23,48	
		Total	64,86 \pm 25,65	60,07 \pm 22,25	61,01 \pm 22,96	
	=> 65 anos	Sim	58,75 \pm 24,60	52,38 \pm 20,41	54,70 \pm 21,86	
		Não	69,00 \pm 19,41	48,55 \pm 20,22	50,53 \pm 20,96	
		Total	63,41 \pm 22,49	49,25 \pm 20,22	51,54 \pm 21,17	
	Total	Sim	75,12 \pm 19,38	66,53 \pm 19,51	69,97 \pm 19,89	
		Não	72,75 \pm 19,49	62,53 \pm 22,14	63,71 \pm 22,08	
		Total	74,51 \pm 19,40	63,96 \pm 21,31	66,54 \pm 21,34	
	Função Social	35 - 44 anos	Sim	97,92 \pm 6,11	87,77 \pm 16,84	92,10 \pm 14,26
			Não	93,75 \pm 12,65	85,86 \pm 18,35	86,85 \pm 17,89
			Total	97,18 \pm 7,78	86,76 \pm 17,65	89,89 \pm 16,08
45 - 54 anos		Sim	81,76 \pm 23,11	82,81 \pm 20,14	82,40 \pm 21,28	
		Não	90,22 \pm 11,89	83,38 \pm 19,34	84,17 \pm 18,74	
		Total	84,08 \pm 20,93	83,18 \pm 19,59	83,39 \pm 19,89	
55 - 64 anos		Sim	75,57 \pm 23,93	74,70 \pm 19,46	75,00 \pm 20,94	
		Não	84,82 \pm 25,09	80,49 \pm 20,26	80,99 \pm 20,80	
		Total	79,17 \pm 24,46	78,89 \pm 20,14	78,94 \pm 20,98	
=> 65 anos		Sim	70,83 \pm 23,44	66,67 \pm 28,60	68,18 \pm 26,53	
		Não	85,00 \pm 18,45	70,83 \pm 21,68	72,21 \pm 21,72	
		Total	77,27 \pm 22,04	70,07 \pm 23,02	71,23 \pm 22,94	
Total		Sim	88,77 \pm 19,31	82,84 \pm 20,22	85,21 \pm 20,05	
		Não	89,49 \pm 16,55	81,30 \pm 20,30	82,24 \pm 20,06	
		Total	88,96 \pm 18,61	81,85 \pm 20,27	83,59 \pm 20,10	
Desempenho Emocional		35 - 44 anos	Sim	99,92 \pm 0,83	91,79 \pm 13,29	95,26 \pm 10,84
			Não	98,01 \pm 0,45	92,60 \pm 13,31	93,53 \pm 12,68
			Total	99,93 \pm 0,75	92,21 \pm 13,28	94,53 \pm 11,66
	45 - 54 anos	Sim	86,61 \pm 21,37	87,59 \pm 16,80	87,21 \pm 18,65	
		Não	99,64 \pm 1,74	89,30 \pm 16,95	90,49 \pm 16,28	
		Total	90,18 \pm 19,11	88,69 \pm 16,88	89,04 \pm 17,42	
	55 - 64 anos	Sim	85,61 \pm 19,78	78,86 \pm 24,87	81,22 \pm 23,28	
		Não	86,31 \pm 23,71	81,54 \pm 22,37	82,09 \pm 22,48	
		Total	85,88 \pm 21,06	80,80 \pm 23,04	81,79 \pm 22,70	
	=> 65 anos	Sim	72,22 \pm 34,14	78,17 \pm 21,97	76,01 \pm 26,66	
		Não	83,33 \pm 22,57	68,37 \pm 30,09	69,82 \pm 29,68	
		Total	77,27 \pm 29,34	70,18 \pm 28,93	71,32 \pm 29,01	
	Total	Sim	92,51 \pm 17,82	87,66 \pm 17,75	89,60 \pm 17,92	
		Não	94,69 \pm 15,06	84,99 \pm 21,88	86,11 \pm 21,42	
		Total	93,08 \pm 17,14	85,95 \pm 20,53	87,69 \pm 19,98	
	Saúde Mental	35 - 44 anos	Sim	89,73 \pm 9,31	80,60 \pm 14,97	84,49 \pm 13,61
			Não	83,09 \pm 13,52	78,03 \pm 17,08	78,67 \pm 16,72
			Total	88,55 \pm 10,43	79,25 \pm 16,14	82,04 \pm 15,26
45 - 54 anos		Sim	78,16 \pm 19,08	76,14 \pm 19,24	76,92 \pm 19,14	
		Não	81,74 \pm 13,37	75,39 \pm 17,81	76,12 \pm 17,45	
		Total	79,14 \pm 17,69	75,65 \pm 18,30	76,47 \pm 18,19	
55 - 64 anos		Sim	67,55 \pm 27,89	65,95 \pm 23,05	66,51 \pm 24,63	
		Não	80,57 \pm 17,95	72,56 \pm 20,60	73,49 \pm 20,40	
		Total	72,61 \pm 25,06	70,73 \pm 21,43	71,10 \pm 22,13	
=> 65 anos		Sim	68,00 \pm 27,40	69,33 \pm 17,45	68,85 \pm 21,18	
		Não	79,10 \pm 19,48	66,62 \pm 21,58	67,83 \pm 21,61	
		Total	73,05 \pm 24,25	67,12 \pm 20,83	68,08 \pm 21,44	
Total		Sim	82,35 \pm 18,78	76,31 \pm 18,53	78,73 \pm 18,84	
		Não	81,55 \pm 15,10	74,03 \pm 19,26	74,90 \pm 18,97	
		Total	82,14 \pm 17,87	74,85 \pm 19,02	76,63 \pm 19,00	

a) - Adolescência

Quanto às pessoas que atualmente não praticam atividade física mas que tinham por hábito praticar na adolescência apresentaram melhores resultado deste indicador de energia em pessoas com [45-55[anos e com 65 anos ou mais. Em sentido inverso observou-se nas classes de idade

[35-45] e [55-65] anos. No que diz respeito ao índice da *função social*, constatamos que as pessoas que praticavam atividade física no presente e que teriam iniciado este tipo de atividade no período da adolescência, que estivessem nas classes de idades entre os [35-45] anos apresentam melhores resultados neste índice comparativamente às pessoas que não tinham este tipo de comportamento na adolescência. Porém, nas restantes classes de idades ocorreria o inverso. As pessoas que não tinham por hábito a prática de exercício físico no período da adolescência mas que praticam atualmente atividade física regular, apresentam uma função social mais elevada comparativamente às pessoas que a praticam atualmente e que tinham por hábito praticar na adolescência.

Quanto às pessoas com [35-45] anos e que indicaram no momento presente que não praticavam exercício físico, mas que no período da adolescência o faziam, apresentaram melhor índice de saúde mental ao nível da função social comparativamente às pessoas que nunca o fizeram na adolescência. Nas restantes classes de idade estes resultados foram relativamente opostos, isto é, perfil semelhante aos índices anteriores.

No que diz respeito ao índice *desempenho emocional* verificamos que as pessoas com [45-55] anos e [55-65] anos ou superior, que não tinham por hábito praticar atividade física na adolescência mas que atualmente praticam, apresentam melhor desempenho comparativamente às pessoas que também praticam atividade física e com histórico de exercício na adolescência. Só ao nível da faixa etária dos [35-45] é que este comportamento foi contrário.

451

Quanto às pessoas que atualmente não praticam e que não tem histórico de terem praticado atividade física na adolescência revelam melhor percepção de saúde nas várias faixas etárias, à exceção das pessoas com ≥ 65 anos, comparativamente aqueles que tinham por hábito praticar na adolescência.

Por fim, em relação ao índice de *saúde mental*, mais uma vez, à exceção da classe de idades dos [35-45], as pessoas que praticam atividade física, no momento atual, mas que não tenham histórico de prática de atividade física, na adolescência apresentam melhores resultado de bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que já tinham por hábito esse comportamento para com o exercício físico na adolescência.

Contudo, as pessoas que no momento atual, não praticam qualquer atividade física mas que indicaram ter praticado na adolescência apresentaram, em cada um dos grupos de idades, melhor bem-estar mental comparativamente às pessoas que não o fazem nem nunca fizeram no período da adolescência.

Quanto aos efeitos principais, no que diz respeito à *idade*, verificamos que em todos os índices de saúde mental observou-se um agravar destes mesmos índices com o avançar das idades dos

habitantes do concelho em estudo. Quanto ao efeito principal atividade física na adolescência, verificamos que as pessoas que tinham por hábito praticar atividade desportiva no período da adolescência também, em média, demonstravam melhor perceção geral de saúde ao nível das medidas de saúde mental comparativamente às pessoas que não realizavam atividade física nesse período de vida. Por fim, as pessoas que em adulto praticam atividade física revelam melhor perceção geral de saúde em todos os índices comparativamente às pessoas que atualmente não praticam.

Face ao exposto vejamos o quadro seguinte com as estatísticas sumárias multivariadas dos efeitos combinados e dos efeitos principais em estudo:

Quadro 282: Análise de Variância Multivariada da atividade desportiva na adolescência e na vida adulta em função da idade (classes) sobre as Medidas de Estado de Saúde Mental.

Multivariate Tests								
	Efeitos Principais e Moderação	Traço de Pillay (U)	Maior Raiz de Roy (λ_1)	p (U)	p (λ_1)	η_p^2 (U)	η_p^2 (λ_1)	$\pi^{(a)}$
	1)	0,093	0,096	<0,0001	<0,0001	0,031	0,088	1,000
	2)	0,007	0,007	0,094	0,094	0,007	0,007	0,599
	3)	0,024	0,024	<0,0001	<0,0001	0,024	0,024	0,991
	2 × 3	0,005	0,005	0,282	0,282	0,005	0,005	0,399
	1 × 2 × 3	0,054	0,027	0,026	0,002	0,014	0,026	0,997
	Intercept	0,925	12,409	<0,0001	<0,0001	0,925	0,925	1,000

Test of Between-Subjects Effects								
Efeitos Principais:	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p	
Idade (Classes)	Vitalidade	7488,030	385,392	3	1073	19,430	<0,0001	
	Função Social	7421,734	357,156	3	1073	20,780	<0,0001	
	Desempenho Emocional	9202,366	334,597	3	1073	27,503	<0,0001	
	Saúde Mental	4402,980	327,038	3	1073	13,463	<0,0001	
Atividade Desportiva (Adolescência)	Vitalidade	237,318	385,392	1	1073	0,616	0,433	
	Função Social	2454,569	357,156	1	1073	6,873	0,009	
	Desempenho Emocional	768,257	334,597	1	1073	2,296	0,130	
	Saúde Mental	872,294	327,038	1	1073	2,667	0,103	
Atividade Desportiva (Vida adulta)	Vitalidade	9143,240	385,392	1	1073	23,725	<0,0001	
	Função Social	4173,740	357,156	1	1073	11,686	0,001	
	Desempenho Emocional	3838,329	334,597	1	1073	11,471	0,001	
	Saúde Mental	3490,899	327,038	1	1073	10,674	0,001	
Efeito Interação	Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro Médio Quadrático	$\varphi_1^{(b)}$	$\varphi_2^{(c)}$	F	p	
	AD (Adolescência) × AD (Vida adulta)	Vitalidade	509,944	385,392	1	1073	1,323	0,250
		Função Social	678,549	357,156	1	1073	1,900	0,168
		Desempenho Emocional	1621,945	334,597	1	1073	4,847	0,028
Saúde Mental		780,545	327,038	1	1073	2,387	0,123	
Idade × AD (Adolescência) × AD (Vida adulta)	Vitalidade	841,757	385,392	9	1073	2,184	0,021	
	Função Social	934,865	357,156	9	1073	2,618	0,005	
	Desempenho Emocional	621,595	334,597	9	1073	1,858	0,055	
	Saúde Mental	755,438	327,038	9	1073	2,310	0,014	
	Modelo Corrigido (V)	5449,711	385,392	15	1073	14,141	<0,0001	
	Modelo Corrigido (FS)	3766,286	357,156	15	1073	10,545	<0,0001	
	Modelo Corrigido (DE)	5026,730	334,597	15	1073	15,023	<0,0001	
	Modelo Corrigido (SM)	2784,796	327,038	15	1073	8,515	<0,0001	

Legenda: (a) π : Potência de teste da estatística multivariada de Traço de Pillay; (b) φ_1 : graus de liberdade do fator; (c) φ_2 : graus de liberdade do erro. AD: Atividade Desportiva; Efeitos Principais: 1) Idade (Classes); 2) Atividade desportiva (Adolescência); 3) Atividade desportiva (Vida Adulta); 1×2×3 Efeito de Interação entre “Idade” “Atividade desportiva (Adolescência)” e a “Atividade desportiva (Vida Adulta)”.

Como podemos observar, registou-se um efeito de interação estatisticamente significativo entre os efeitos principais “idade (Classes)”, “atividade física na adolescência” e “atividade física na vida adulta” ($U_{1 \times 2 \times 3} = 0,052$; $F = 1,565$; $p = 0,017$; $\lambda_{1 \times 2 \times 3} = 0,027$; $F = 3,195$; $p = 0,001$) o mesmo

não ocorreu quanto ao efeito de interação “*atividade física na adolescência*” e “*atividade física na vida adulta*” ($U_{2 \times 3} = 0,005$; $F = 1,265$; $p = 0,282$) no compósito multivariado das medidas de estado de saúde mental.

Também verificamos que as variáveis principais *idade (classes)* e *prática de desporto na vida adulta*, de forma isolada, apresentaram efeitos estatisticamente significativos enquanto a prática de desporto na adolescência revelou ser marginalmente significativa sobre o compósito multivariado das diferentes medidas de estado de saúde ($U_1 = 0,093$; $F = 8,574$; $p < 0,0001$; $U_2 = 0,007$; $F = 1,988$; $p = 0,094$; $U_3 = 0,024$; $F = 6,476$; $p < 0,0001$).

Quanto ao efeito de interação entre a *idade (classes)*, *atividade desportiva na adolescência* e *atividade desportiva na vida adulta* ao nível da vitalidade ($F_{(9,1073)} = 2,184$; $p = 0,021$; $\pi = 0,894$), constatamos que as pessoas na faixa etária dos [35-45[anos apresentaram diferenças médias estatisticamente significativas entre as pessoas que teriam por hábito realizar atividade desportiva ou não no período da adolescência mas que atualmente realizam regularmente atividade física ($\hat{\psi} = 8,547$; $F_{(1,410)} = 4,281$; $p = 0,039$;]0,426; 16,668[). As pessoas que já realizavam atividade física na adolescência e que mantêm essa mesma prática revelam maior energia comparativamente às pessoas que não tinham esse hábito na adolescência.

Porém, também verificamos que as pessoas que já tinham por hábito praticar atividade física na adolescência e que no momento presente (adulto) não praticam apresentam, mas não de forma significativa, maior vitalidade face às pessoas que nunca tinham por hábito realizar atividade física na adolescência e que também neste momento não praticam ($\hat{\psi} = 3,075$; $F_{(1,410)} = 2,214$; $p = 0,137$;] - 0,987; 7,137[).

As pessoas na faixa etária entre os [45-55[anos revelaram não ter diferenças médias significativas, quer pratiquem atividade física regular na atualidade ou não, em função do seu histórico de prática de atividade física (*Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = -6,168$; $F_{(1,354)} = 1,699$; $p = 0,193$;] - 15,475; 3,138[; *Não Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = 1,283$; $F_{(1,354)} = 0,267$; $p = 0,606$;] - 3,601; 6,167[) . Padrão semelhante ocorreu em pessoas com idades compreendidas entre os [55-65[anos (*Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = -4,876$; $F_{(1,181)} = 0,393$; $p = 0,531$;] - 20,218; 10,466[; *Não Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = -5,660$; $F_{(1,181)} = 1,805$; $p = 0,181$;] - 13,973; 2,653[) e com idades ≥ 65 anos (*Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = -4,876$; $F_{(1,133)} = 1,350$; $p = 0,531$;] - 27,700; 7,200[; *Não Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = 3,604$; $F_{(1,133)} = 0,525$; $p = 0,470$;] - 6,232; 13,441[).

Ao nível do índice *função social* também constatamos um efeito de interação estatisticamente significativo ($F_{(9,1073)} = 2,618$; $p = 0,005$; $\pi = 0,948$). No que diz respeito ao grupo de idades com [35-45[anos não se registaram diferenças médias significativas em pessoas que teriam por hábito

realizar exercício físico na adolescência ou não e que atualmente realizam atividade física ($\hat{\psi} = 3,944; F_{(1,411)} = 1,194; p = 0,275;] - 3,151; 11,040[$) ou não ($\hat{\psi} = 1,916; F_{(1,411)} = 1,125; p = 0,290;] - 1,636; 5,469[$).

Quanto aos participantes que têm idades compreendidas entre os [45-55[anos verificamos que, atualmente, realizam atividade física regular e que tinham iniciado na adolescência este tipo de prática, demonstram significativamente, mas de forma marginal, menor função social comparativamente às pessoas que atualmente praticam mas que nunca o fizeram na adolescência ($\hat{\psi} = -8,854; F_{(1,357)} = 3,411; p = 0,06;] - 18,282; 0,573[$). No entanto, já não se observaram diferenças significativas de função social em pessoas que atualmente não praticam atividade física quer tenham ou não iniciado na adolescência a realização de exercício físico regular ($\hat{\psi} = -0,411; F_{(1,357)} = 0,027; p = 0,870;] - 5,349; 4,349[$).

Quanto às pessoas na faixa etária dos [55-65[anos revelaram um padrão homogêneo de função social quer em pessoas que atualmente praticam ou não atividade física independente do histórico de prática na adolescência (*Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = -8,191; F_{(1,183)} = 1,333; p = 0,250;] - 22,189; 5,807[$; *Não Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = -6,154; F_{(1,183)} = 2,575; p = 0,110;] - 13,719; 1,412[$). Comportamento semelhante ocorreu também no grupo de pessoas com ≥ 65 anos (*Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = -14,167; F_{(1,134)} = 2,101; p = 0,150;] - 33,496; 5,162[$; *Não Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = -3,860; F_{(1,134)} = 0,492; p = 0,484;] - 14,745; 7,026[$).

Também constatamos um efeito marginalmente significativo do efeito de interação sobre o índice de *desempenho emocional* ($F_{(9,1073)} = 1,858; p = 0,055; \pi = 0,827$). Com recurso à estatística de teste dos contrastes constatamos que as pessoas com [35-45[anos de idade apresentaram um padrão de desempenho relativamente semelhante em pessoas que atualmente praticam atividade física regular, quer tenham iniciado ou não este tipo de comportamento na adolescência ($\hat{\psi} = 1,245; F_{(1,411)} = 0,218; p = 0,641;] - 3,997; 6,488[$). Também neste grupo de idades mas que na atualidade as pessoas não praticam nenhuma atividade física/desportiva também apresentaram valores médios do índice de saúde em estudo relativamente semelhantes quer em pessoas que tenham realizado atividades desportivas ou não no período da adolescência ($\hat{\psi} = -0,810; F_{(1,411)} = 0,354; p = 0,552;] - 3,488; 1,868[$). Na classe de idades dos [45-55[anos que praticam atividade física, no momento presente, mas que na adolescência não tinham este tipo de comportamento apresentaram melhor desempenho de saúde comparativamente às pessoas que o faziam no passado ($\hat{\psi} = -13,026; F_{(1,354)} = 9,582; p = 0,002;] - 21,301; -4,750[$). Porém, na mesma faixa etária e em pessoas que não praticam atividade física no presente observou-se a ausência de diferenças significativas quer estas mesmas pessoas tenham ou não iniciado a atividade de exercício físico na adolescência ($\hat{\psi} = -1,598; F_{(1,354)} = 0,541; p = 0,463;] - 5,870; 2,675[$). Esta tendência foi

semelhante quer em pessoas com [55-65[anos (*Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = -0,703; F_{(1,181)} = 0,008; p = 0,928;] - 16,057; 14,650[$; *Não Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = -2,177; F_{(1,181)} = 0,276; p = 0,600;] - 10,354; 6,00[$) quer em pessoas com 65 anos ou mais (*Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = -11,111; F_{(1,133)} = 0,811; p = 0,369;] - 35,515; 13,292[$; *Não Prática de Atividade física em adulto*: $\hat{\psi} = 9,912; F_{(1,133)} = 2,031; p = 0,156;] - 3,844; 23,669[$).

Por fim, constatamos um efeito estatisticamente significativo de interação sobre o *índice de saúde mental* ($F_{(9,1073)} = 2,310; p = 0,014; \pi = 0,913$). Constatamos que as pessoas que praticam atividade física no momento presente e que possuem histórico deste comportamento, desde a adolescência, apresentaram um melhor bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que praticavam no momento presente mas que só o iniciaram na vida adulta ($\hat{\psi}_{[35-45[anos} = 6,635; F_{(1,410)} = 3,737; p = 0,054;] - 0,112; 13,381[$). O mesmo não se observava de forma significativa nas restantes faixas etárias ($\hat{\psi}_{[45-55[anos} = -4,169; F_{(1,354)} = 0,909; p = 0,341;] - 12,772; 4,433[$; ($\hat{\psi}_{[55-65[anos} = -11,963; F_{(1,181)} = 2,582; p = 0,110;] - 26,654; 2,728[$; ($\hat{\psi}_{[45-55[anos} = -11,100; F_{(1,132)} = 1,464; p = 0,228;] - 29,247; 7,047[$).

Quanto às pessoas que no momento presente não realizam qualquer atividade física apresentaram valores médios de bem-estar psicológico relativamente semelhantes em todas as classes de idades entre as pessoas que tivessem histórico ou não de atividade física na adolescência ($(\hat{\psi}_{[35-55[anos} = 2,445; F_{(1,410)} = 2,029; p = 0,155;] - 0,929; 5,820[$; $\hat{\psi}_{[45-55[anos} = 0,789; F_{(1,354)} = 0,118; p = 0,731;] - 3,726; 5,304[$; ($\hat{\psi}_{[55-65[anos} = -6,610; F_{(1,181)} = 2,684; p = 0,103;] - 14,570; 1,351[$; ($\hat{\psi}_{\geq 65 anos} = 2,710; F_{(1,132)} = 0,274; p = 0,602;] - 7,530; 12,949[$).

No que diz respeito ao efeito combinado entre a *atividade desportiva na adolescência* e *atividade desportiva na vida adulta* com recurso à Análise de Variância Fatorial, este revelou não ser significativo ao nível da vitalidade ($F_{(\hat{\psi})} = 0,264; \varphi_1 = 1; \varphi_2 = 1094; p = 0,607$), como ao nível da função social ($F_{(\hat{\psi})} = 0,742; \varphi_1 = 1; \varphi_2 = 1101; p = 0,389$) e da saúde mental ($F_{(\hat{\psi})} = 0,388; \varphi_1 = 1; \varphi_2 = 1093; p = 0,533$).

No entanto, registou-se um efeito de interação significativo ao nível do *desempenho emocional* ($F_{(1,1073)} = 4,847; p = 0,028; \pi = 0,595$). Porém, com uma potência de teste baixa ($\pi < 0,8$) viemos a constatar com recurso à Análise de Variância Fatorial e aos testes de contrastes não balanceados ($\hat{\psi}_i$) que a interação não foi significativa ($F_{(\hat{\psi})} = 2,233; \varphi_1 = 1; \varphi_2 = 1095; p = 0,135$). Apesar de não se observar em diferenças significativas entre as pessoas que tenham iniciado ou não atividade desportiva na adolescência e atualmente realizem atividade física regular ($\hat{\psi} = -1,869; F_{(1,1095)} = 0,461; p = 0,497;] - 7,267; 3,530[$) podemos considerar, de forma marginal, a presença de diferenças significativas entre as pessoas que atualmente não praticam atividade física, mas que o faziam na

adolescência, apresentam melhor desempenho emocional comparativamente às pessoas que não faziam qualquer atividade desportiva na adolescência ($\hat{\psi} = 2,767; F_{(1;1095)} = 3,731; p = 0,054;] - 0,044; 5,577[$).

Propusemos de seguida avaliar os efeitos principais isolados sobre os diferentes índices de saúde mental. Como confirmado em análises estatísticas anteriores, a idade revelou ter um efeito significativo sobre os diferentes índices de saúde mental.

Com recurso ao teste de comparações múltiplas *Least Significant Difference (LSD)*, registamos diferenças médias estatisticamente significativas no grupo de pessoas com idades ≥ 65 anos comparativamente às classes de idades mais jovens no que diz respeito ao índice de vitalidade: ($d_{\bar{x}[35-45[anos} = -22,403; p < 0,0001; d_{\bar{x}[45-55[anos} = -14,987; p < 0,0001; d_{\bar{x}[55-65[anos} = -9,461; p < 0,0001$). Também as pessoas com idades compreendidas entre os $[55-65[$ anos revelaram índices médios significativamente mais baixos comparativamente às pessoas das classes de idades mais jovens: ($d_{\bar{x}[35-45[anos} = -12,941; p < 0,0001; d_{\bar{x}[45-55[anos} = -5,526; p = 0,002$). Por fim, as pessoas com idades compreendidas entre os $[45-55[$ anos revelaram significativamente menor vitalidade face ao grupo de idade precedente: ($d_{\bar{x}[35-45[anos} = -7,416; p < 0,0001$). Ao nível da *função social* também verificamos que as pessoas com idades ≥ 65 anos tendiam a revelar piores resultados deste índice comparativamente às pessoas mais jovens: ($d_{\bar{x}[35-45[anos} = -18,659; p < 0,0001; d_{\bar{x}[45-55[anos} = -12,160; p < 0,0001; d_{\bar{x}[55-65[anos} = -7,709; p < 0,0001$). Padrão semelhante ocorreu com as pessoas com idades compreendidas entre os $[55-65[$ anos ($d_{\bar{x}[35-45[anos} = -10,951; p < 0,0001; d_{\bar{x}[45-55[anos} = -4,452; p = 0,010$) e também em pessoas com idades entre $[45-55[$ anos ($d_{\bar{x}[35-45[anos} = -6,499; p < 0,0001$).

456

No que diz respeito ao *índice de desempenho emocional*, constatamos o mesmo comportamento como nos índices anteriores, isto é, as pessoas com mais idade revelam maior défice de desempenho comparativamente às pessoas nas classes de idades mais jovens: ($d_{\bar{x}[35-45[anos} = -23,208; p < 0,0001; d_{\bar{x}[45-55[anos} = -17,721; p < 0,0001; d_{\bar{x}[55-65[anos} = -10,470; p < 0,0001$). Também as pessoas com idades compreendidas entre os $[55-65[$ anos apresentaram significativamente pior desempenho emocional comparativamente às pessoas mais novas: ($d_{\bar{x}[35-45[anos} = -12,738; p < 0,0001; d_{\bar{x}[45-55[anos} = -7,252; p < 0,0001$). Quanto às pessoas com $[45-55[$ anos também revelaram pior desempenho comparativamente às pessoas com idades entre os $[35-45[$ anos ($d_{\bar{x}} = -5,487; p < 0,0001$).

Por fim, ao nível da *saúde mental*, as pessoas mais jovens $[35-45[$ anos tendem a apresentar um padrão de bem-estar psicológico significativamente superior face às restantes classes de idades: ($d_{\bar{x}[45-55[anos} = 5,566; p < 0,0001; d_{\bar{x}[55-65[anos} = 10,943; p < 0,0001; d_{\bar{x} \geq 65anos} = 13,960; p < 0,0001$). Também as pessoas com idades compreendidas entre os $[45-55[$ anos demonstraram maior bem-

estar psicológico comparativamente às pessoas com mais idade: ($d_{\bar{x}} [55-65[\text{anos} = 5,377; p = 0,001; d_{\bar{x}} \geq 65 \text{anos} = 8,960; p < 0,0001$). Contudo não se registaram diferenças médias significativas entre as pessoas com idades compreendidas entre os [55-65[anos e o grupo de pessoal com ≥ 65 anos ($d_{\bar{x}} = 3,017; p = 0,140$).

Apesar do efeito principal de *atividade física na adolescência* não ser significativo no compósito multivariado dos índices de saúde mental, mas que marginalmente poderíamos considerar um efeito determinante ($U = 0,007; F = 1,988; p = 0,094$), aplicamos o teste de *comparações múltiplas ajustado Bonferroni*, para avaliar o impacto do efeito anterior nos índices de saúde individualmente. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro 283: Comparações múltiplas da atividade física na adolescência em função das medidas de estado de saúde mental

Medidas de Estado de Saúde Mental	Atividade física (Adolescência)	M(EP)	IC 95%	$d_{\bar{x}}$	p-value ^(a)
Vitalidade	Sim	65,01(1,21)	62,63-67,40	-1,412	0,433
	Não	66,43(1,33)	63,82-69,03		
Função Social	Sim	79,75(1,17)	77,46-82,05	-4,540	0,009
	Não	84,29(1,28)	81,79-86,80		
Desempenho Emocional	Sim	85,10(1,13)	82,88-87,32	-2,540	0,130
	Não	87,64(1,24)	85,21-90,06		
Saúde Mental	Sim	74,43(1,12)	72,24-76,63	-2,706	0,103
	Não	77,14(1,22)	74,74-79,54		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. $d_{\bar{x}}$: Diferença Média.

Como confirmado no teste ANOVA Fatorial *two-way* no quadro n.º 282 verificamos que as pessoas que não tinham realizado atividade física na adolescência, tendiam a demonstrar significativamente melhor função social comparativamente às pessoas que tinham por hábito a realização de atividade física na vida adulta. Porém, como podemos constatar, não se registaram diferenças médias entre os grupos de pessoas que praticavam ou não atividade física na adolescência em função dos restantes índices de saúde mental.

Quanto ao efeito isolado principal de *atividade física em adulto* com impacto nos índices de saúde individualmente vejamos o quadro seguinte:

Quadro 284: Comparações múltiplas da atividade desportiva na vida adulta em função das medidas de estado de saúde mental

Medidas de Estado de Saúde Mental	Atividade física (Vida adulta)	M(EP)	IC 95%	$d_{\bar{x}}$	p-value ^(a)
Vitalidade	Sim	70,10(1,58)	67,00-73,20	8,762	<0,0001
	Não	61,34(0,86)	59,66-63,02		
Função Social	Sim	84,98(1,52)	82,00-87,97	5,920	0,001
	Não	79,06(0,83)	77,44-80,68		
Desempenho Emocional	Sim	89,20(1,47)	86,31-92,10	5,677	0,001
	Não	83,53(0,80)	81,96-85,10		
Saúde Mental	Sim	78,49(1,46)	75,63-81,35	5,414	0,001
	Não	73,08(0,79)	71,53-74,63		

Legenda: (a) Estimativa baseada no teste de comparações múltiplas ajustado *Bonferroni*. M(EP): Média (Erro Padrão da Média); IC 95%: Intervalo de Confiança a 95% para a média. $d_{\bar{x}}$: Diferença Média.

As pessoas que atualmente praticam atividade física demonstram significativamente melhores índices de energia, função social e desempenho emocional bem como bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que não realizam atividade física.

2.4.2.4 PREDITORES DE SAÚDE – INDICADORES DE ESTILOS DE VIDA

2.4.2.4.1 – INTRODUÇÃO AO MODELO

À semelhança do que foi proposto quanto à identificação de preditores de saúde associado aos indicadores de contexto, também procuramos identificar o impacto de alguns *estilos de vida* que os habitantes em estudo autodeclararam no âmbito da sua adolescência. A eleição de alguns dos indicadores esteve associada a análise estatística univariada e multivariada anteriormente apresentada e que de certa forma revelaram efeitos na variação da “*Percepção Geral de Saúde*” quer ao nível Físico quer ao nível Mental. Face ao exposto, as *variáveis critério* (dependentes) aplicadas a um *modelo de predição* (dependência) foram as Medidas de Estado de Saúde Física e Mental (MESF e MESM). O modelo de análise multivariado aplicado foi *Modelo de Regressão Linear Múltiplo Hierárquico* (MRLMH).

A análise multivariada dos indicadores definidos como estilos de vida fora ajustada em função da idade dos habitantes no momento presente. Determinadas variáveis preditoras classificadas como qualitativas (dicotómicas) tiveram que ser transformadas em variáveis *ativas* (1) e *dummies* (0). As variáveis que resultaram nessa mesma transformação foram: *Hábitos Tabágicos* – Adolescência/Adulto Sim (1) Nunca/Não (0); *Frequência de refeições por dia* – < 3 refeições/dia (1), ≥ 3 refeições por dia (0); *Hábitos alcoólicos* – Adolescência/Adulto (1), Nunca/Não (0); *Prática de desporto* – Não (1) e Sim (0).

2.4.2.4.2 – MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA

Procuramos avaliar a variação explicada da percepção geral de saúde ao nível físico segundo os indicadores definidos como estilos de vida referentes ao período da adolescência (Quadro 285).

Como podemos observar, todas as medidas de estado de saúde físicas revelaram ser preditas pelos hábitos tabágicos e prática de atividade física na adolescência.

Face ao exposto, verificamos que as pessoas que iniciaram ocasionalmente o consumo de tabaco na adolescência e que tinham por hábito a realização de atividade regular apresentaram melhores resultados de saúde face às pessoas que nunca fumaram e que não realizavam atividade física na adolescência.

Contudo, os preditores que não revelaram ter um efeito significativo em nenhum dos momentos (blocos) na variação das MESF foram a “prática de consumo de álcool” bem como a “frequência de refeições principais por dia”.

Quadro 285: Perfis de Estado de Saúde - Física segundo os Preditores de Estilos de Vida no âmbito da adolescência

Modelo	Medidas de Estado de Saúde Físico (Variáveis Critério)						
	Variáveis Predictoras	Função Física	Desempenho Físico	Dor Corporal	Saúde em Geral		
	$\hat{\beta}_i(\hat{\sigma}_{\beta i})$	β_i	$\hat{\beta}_i(\hat{\sigma}_{\beta i})$	β_i	$\hat{\beta}_i(\hat{\sigma}_{\beta i})$	β_i	
1	Hábitos Tabágicos	4,555(1,082) $R = 0,135; R_{A/d}^2 = 0,017; R_A^2 = 0,018$ $F_{A(1,953)} = 17,567; p < 0,0001$ $F_{ANOVA(1,953)} = 17,567; p < 0,0001$	4,199(1,279) $R = 0,105; R_{A/d}^2 = 0,010; R_A^2 = 0,011$ $F_{A(1,965)} = 10,796; p = 0,001$ $F_{ANOVA(1,965)} = 10,796; p = 0,001$	5,916(1,493) $R = 0,125; R_{A/d}^2 = 0,015; R_A^2 = 0,016$ $F_{A(1,989)} = 15,712; p < 0,0001$ $F_{ANOVA(1,989)} = 15,712; p < 0,0001$	0,125*** $R = 0,140; R_{A/d}^2 = 0,019; R_A^2 = 0,020$ $F_{A(1,978)} = 19,574; p < 0,0001$	4,797(1,084) $R = 0,142; R_{A/d}^2 = 0,018; R_A^2 = 0,001$ $F_{A(1,977)} = 10,111; p < 0,0001$	0,140***
2	Hábitos Tabágicos	4,552(1,083) $R = 0,135; R_{A/d}^2 = 0,016; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,953)} = 17,567; p < 0,0001$ $F_{ANOVA(1,953)} = 17,567; p < 0,0001$	4,187(1,280) $R = 0,105; R_{A/d}^2 = 0,009; R_A^2 < 0,001$ $F_{A(1,964)} = 0,068; p = 0,794$ $F_{ANOVA(2,964)} = 5,423; p = 0,005$	6,017(1,494) $R = 0,132; R_{A/d}^2 = 0,015; R_A^2 = 0,002$ $F_{A(1,988)} = 1,853; p = 0,174$ $F_{ANOVA(2,988)} = 8,789; p < 0,0001$	0,127*** $R = 0,142; R_{A/d}^2 = 0,018; R_A^2 = 0,001$ $F_{A(1,977)} = 10,111; p < 0,0001$	4,841(1,086) $R = 0,142; R_{A/d}^2 = 0,018; R_A^2 = 0,001$ $F_{A(1,977)} = 10,111; p < 0,0001$	0,141***
	Número de refeições principais/dia	-1,103(2,721) $R = 0,013; R_{A/d}^2 = 0,016; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,952)} = 8,858; p < 0,0001$	0,845(3,237) $R = 0,105; R_{A/d}^2 = 0,009; R_A^2 < 0,001$ $F_{A(1,964)} = 0,068; p = 0,794$ $F_{ANOVA(2,964)} = 5,423; p = 0,005$	-5,075(3,728) $R = 0,132; R_{A/d}^2 = 0,015; R_A^2 = 0,002$ $F_{A(1,988)} = 1,853; p = 0,174$ $F_{ANOVA(2,988)} = 8,789; p < 0,0001$	-0,043 $R = 0,142; R_{A/d}^2 = 0,018; R_A^2 = 0,001$ $F_{A(1,977)} = 10,111; p < 0,0001$	-2,182(2,695) $R = 0,142; R_{A/d}^2 = 0,018; R_A^2 = 0,001$ $F_{A(1,977)} = 10,111; p < 0,0001$	-0,026
3	Hábitos Tabágicos	4,069(1,139) $R = 0,142; R_{A/d}^2 = 0,017; R_A^2 = 0,002$ $F_{A(1,951)} = 1,867; p = 0,172$ $F_{ANOVA(3,951)} = 6,533; p < 0,0001$	4,390(1,353) $R = 0,107; R_{A/d}^2 = 0,008; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,963)} = 0,217; p = 0,642$ $F_{ANOVA(3,963)} = 3,685; p = 0,012$	5,934(1,580) $R = 0,132; R_{A/d}^2 = 0,015; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,987)} = 0,026; p = 0,872$ $F_{ANOVA(3,987)} = 5,862; p = 0,001$	0,125*** $R = 0,143; R_{A/d}^2 = 0,018; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,976)} = 0,257; p = 0,612$	5,030(1,148) $R = 0,143; R_{A/d}^2 = 0,018; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,976)} = 0,257; p = 0,612$	0,147***
	Número de refeições principais/dia	-1,356(2,726) $R = 0,016; R_{A/d}^2 = 0,017; R_A^2 = 0,002$ $F_{A(1,951)} = 1,867; p = 0,172$ $F_{ANOVA(3,951)} = 6,533; p < 0,0001$	0,947(3,246) $R = 0,107; R_{A/d}^2 = 0,008; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,963)} = 0,217; p = 0,642$ $F_{ANOVA(3,963)} = 3,685; p = 0,012$	-5,117(3,740) $R = 0,132; R_{A/d}^2 = 0,015; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,987)} = 0,026; p = 0,872$ $F_{ANOVA(3,987)} = 5,862; p = 0,001$	-0,043 $R = 0,143; R_{A/d}^2 = 0,018; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,976)} = 0,257; p = 0,612$	-2,085(2,703) $R = 0,143; R_{A/d}^2 = 0,018; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,976)} = 0,257; p = 0,612$	-0,025
	Consumo de Alcool	1,534(1,123) $R = 0,024; R_{A/d}^2 = 0,017; R_A^2 = 0,002$ $F_{A(1,951)} = 1,867; p = 0,172$ $F_{ANOVA(3,951)} = 6,533; p < 0,0001$	-6,222(1,335) $R = 0,107; R_{A/d}^2 = 0,008; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,963)} = 0,217; p = 0,642$ $F_{ANOVA(3,963)} = 3,685; p = 0,012$	0,250(1,559) $R = 0,132; R_{A/d}^2 = 0,015; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,987)} = 0,026; p = 0,872$ $F_{ANOVA(3,987)} = 5,862; p = 0,001$	0,005 $R = 0,143; R_{A/d}^2 = 0,018; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,976)} = 0,257; p = 0,612$	-0,574(1,132) $R = 0,143; R_{A/d}^2 = 0,018; R_A^2 < 0,0001$ $F_{A(1,976)} = 0,257; p = 0,612$	-0,017
4	Hábitos Tabágicos	3,313(1,130) $R = 0,225; R_{A/d}^2 = 0,046; R_A^2 = 0,030$ $F_{A(1,950)} = 30,320; p < 0,0001$	3,907(1,361) $R = 0,137; R_{A/d}^2 = 0,015; R_A^2 = 0,007$ $F_{A(1,962)} = 4,578; p = 0,001$	5,154(1,582) $R = 0,400; R_{A/d}^2 = 0,029; R_A^2 = 0,015$ $F_{A(1,986)} = 15,325; p < 0,0001$	0,109** $R = 0,238; R_{A/d}^2 = 0,053; R_A^2 = 0,036$ $F_{A(1,975)} = 37,114; p < 0,0001$	4,148(1,137) $R = 0,238; R_{A/d}^2 = 0,053; R_A^2 = 0,036$ $F_{A(1,975)} = 37,114; p < 0,0001$	0,121***
	Número de refeições principais/dia	-0,174(2,693) $R = 0,002; R_{A/d}^2 = 0,046; R_A^2 = 0,030$ $F_{A(1,950)} = 30,320; p < 0,0001$	1,629(3,245) $R = 0,137; R_{A/d}^2 = 0,015; R_A^2 = 0,007$ $F_{A(1,962)} = 4,578; p = 0,001$	-3,852(3,727) $R = 0,400; R_{A/d}^2 = 0,029; R_A^2 = 0,015$ $F_{A(1,986)} = 15,325; p < 0,0001$	-0,033 $R = 0,238; R_{A/d}^2 = 0,053; R_A^2 = 0,036$ $F_{A(1,975)} = 37,114; p < 0,0001$	-0,675(2,665) $R = 0,238; R_{A/d}^2 = 0,053; R_A^2 = 0,036$ $F_{A(1,975)} = 37,114; p < 0,0001$	-0,008
	Consumo de Alcool	0,784(1,114) $R = 0,024; R_{A/d}^2 = 0,046; R_A^2 = 0,030$ $F_{A(1,950)} = 30,320; p < 0,0001$	-1,040(1,340) $R = 0,137; R_{A/d}^2 = 0,015; R_A^2 = 0,007$ $F_{A(1,962)} = 4,578; p = 0,001$	-0,486(1,559) $R = 0,400; R_{A/d}^2 = 0,029; R_A^2 = 0,015$ $F_{A(1,986)} = 15,325; p < 0,0001$	-0,010 $R = 0,238; R_{A/d}^2 = 0,053; R_A^2 = 0,036$ $F_{A(1,975)} = 37,114; p < 0,0001$	-1,387(1,120) $R = 0,238; R_{A/d}^2 = 0,053; R_A^2 = 0,036$ $F_{A(1,975)} = 37,114; p < 0,0001$	-0,041
	Atividade Física	-5,899(1,071) $R = 0,178***; R_{A/d}^2 = 0,046; R_A^2 = 0,030$ $F_{A(1,950)} = 30,320; p < 0,0001$	-3,445(1,285) $R = 0,137; R_{A/d}^2 = 0,015; R_A^2 = 0,007$ $F_{A(1,962)} = 4,578; p = 0,001$	-5,843(1,493) $R = 0,400; R_{A/d}^2 = 0,029; R_A^2 = 0,015$ $F_{A(1,986)} = 15,325; p < 0,0001$	-0,126*** $R = 0,238; R_{A/d}^2 = 0,053; R_A^2 = 0,036$ $F_{A(1,975)} = 37,114; p < 0,0001$	-6,536(1,073) $R = 0,238; R_{A/d}^2 = 0,053; R_A^2 = 0,036$ $F_{A(1,975)} = 37,114; p < 0,0001$	-0,194***

Teste: Modelos de Regressão Linear Múltipla Hierárquica (MRLMH); Estimadores: $\hat{\beta}_i$; Coeficiente de regressão não estandarizado; $(\hat{\sigma}_{\beta i})$ Erro padrão do coeficiente de regressão não estandarizado; β_i : coeficiente de regressão estandarizado; R : Coeficiente de Correlação Múltiplo; R_{adj}^2 : Coeficiente de Determinação Múltiplo Ajustado; R_A^2 : Coeficiente de Determinação Múltiplo Change; F_A : Estatística de F Change; F_{ANOVA} : ANOVA de Regressão.

Variável Critério: MESF (Medidas de Estado de Saúde Físicas); Variáveis Predictoras: Indicadores de contexto. Tipo de Variáveis: Variáveis ativas (1) e dummies (0); Hábitos Tabágicos - Adolescência/Adulto Sim (1) Nunca/Não (0); Frequência de refeições por dia - < 3 refeições/dia (1), ≥ 3 refeições/dia (0); Hábitos alcoólicos - Adolescência/Adulto (1), Nunca/Não (0); Prática de desporto - Não (1) e Sim (0). Função Física N = 955; Desempenho Físico N = 967; Dor Corporal N = 991; Saúde em Geral N = 980. *** $p < 0,0001$; ** $p < 0,01$; * $p \leq 0,05$.

2.4.2.4.3 – MEDIDAS DE ESTADO DE SAÚDE MENTAL E ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA

À semelhança do modelo apresentado ao nível das MESF também realizamos a mesma metodologia de análise multivariada (Quadro 286).

Segundo os resultados expressos no quadro anterior podemos verificar que os preditores que revelaram ser significativos na variação explicada dos índices de saúde mental foram os hábitos tabágicos, prática de exercício físico e número de refeições por dia.

Se avaliarmos os índices de *vitalidade e desempenho emocional*, podemos constatar que a melhor perceção de estado de saúde foi positivamente predita pelo início do consumo de tabaco de forma ocasional, bem como, a prática de atividade física.

Quando avaliámos a variação explicada dos índices *função social e saúde mental*, constatamos que estes foram melhores preditos pelo início de *hábitos tabágicos*, pela *frequência de refeições diárias/dia* e pela *prática de atividade física*. Face ao exposto, podemos afirmar que as pessoas que iniciaram o consumo na adolescência, realizavam 3 ou mais refeições diárias principais e que praticavam exercício físico regular apresentaram melhores resultados de bem-estar de saúde no presente.

Quadro 286: Perfis de Estado de Saúde - Mental segundo os Preditores de Estilos de Vida no âmbito da adolescência

Modelo	Médias de Estado de Saúde Mental (Variáveis Critério)					
	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental		
	$\hat{\beta}_i(\hat{\sigma}_{\beta_i})$	$\hat{\beta}_i(\hat{\sigma}_{\beta_i})$	$\hat{\beta}_i(\hat{\sigma}_{\beta_i})$	$\hat{\beta}_i(\hat{\sigma}_{\beta_i})$	$\hat{\beta}_i(\hat{\sigma}_{\beta_i})$	β_i
1	7,516(1,356)	4,275(1,228)	5,286(1,209)	5,078(1,185)	0,136***	
	$R=0,174; R^2_{A/d}=0,029; R^2_{\Delta}=0,030$	$R=0,111; R^2_{A/d}=0,011; R^2_{\Delta}=0,012$	$R=0,141; R^2_{A/d}=0,019; R^2_{\Delta}=0,020$	$R=0,136; R^2_{A/d}=0,018; R^2_{\Delta}=0,019$		
	$F_{\Delta(1,980)}=30,743; p<0,0001$	$F_{\Delta(1,968)}=12,110; p=0,001$	$F_{\Delta(1,937)}=19,125; p<0,0001$	$F_{\Delta(1,970)}=18,376; p<0,0001$		
	$F_{ANOVA(1,980)}=30,743; p<0,0001$	$F_{ANOVA(1,968)}=12,110; p=0,001$	$F_{ANOVA(1,937)}=19,125; p<0,0001$	$F_{ANOVA(1,970)}=18,376; p<0,0001$		
2	7,568(1,358)	4,429(1,227)	5,346(1,210)	5,168(1,185)	0,139***	
	$R=0,176; R^2_{A/d}=0,029; R^2_{\Delta}=0,001$	$R=0,115***$	$R=0,146; R^2_{A/d}=0,019; R^2_{\Delta}=0,001$	$R=0,146; R^2_{A/d}=0,019; R^2_{\Delta}=0,003$		
	$F_{\Delta(1,980)}=30,743; p<0,0001$	$R=0,078*$	$F_{\Delta(1,936)}=12,51; p=0,264$	$F_{\Delta(1,969)}=2,782; p=0,096$		
	$F_{ANOVA(1,980)}=30,743; p<0,0001$	$F_{ANOVA(2,979)}=15,661; p<0,0001$	$F_{ANOVA(2,936)}=10,190; p<0,0001$	$F_{ANOVA(2,969)}=10,596; p<0,0001$		
3	7,499(1,436)	4,232(1,301)	5,749(1,279)	4,776(1,252)	0,128***	
	$R=0,174***$	$R=0,110**$	$R=0,149; R^2_{A/d}=0,019; R^2_{\Delta}=0,001$	$R=0,149; R^2_{A/d}=0,019; R^2_{\Delta}=0,001$		
	$F_{\Delta(1,978)}=10,437; p<0,0001$	$R=0,079*$	$F_{\Delta(1,935)}=0,940; p=0,332$	$F_{\Delta(1,966)}=0,937; p=0,333$		
	$F_{ANOVA(3,978)}=10,437; p<0,0001$	$R=0,025$	$F_{ANOVA(3,935)}=7,107; p<0,0001$	$F_{ANOVA(3,968)}=7,376; p<0,0001$		
	$F_{ANOVA(3,978)}=10,437; p<0,0001$	$R=0,005$	$R=0,033$	$R=0,033$		
	$R=0,176; R^2_{A/d}=0,028; R^2_{\Delta}<0,0001$	$R=0,015$	$R=0,033$	$R=0,033$		
	$F_{\Delta(1,978)}=10,437; p<0,0001$	$R=0,015$	$R=0,033$	$R=0,033$		
	$F_{ANOVA(3,978)}=10,437; p<0,0001$	$R=0,015$	$R=0,033$	$R=0,033$		
4	6,884(1,442)	3,996(1,309)	5,227(1,287)	4,428(1,260)	0,119***	
	$R=0,160***$	$R=0,104**$	$R=0,175; R^2_{A/d}=0,017; R^2_{\Delta}=0,002$	$R=0,165; R^2_{A/d}=0,023; R^2_{\Delta}=0,005$		
	$F_{\Delta(1,977)}=10,438; p<0,0001$	$R=0,075*$	$F_{\Delta(1,934)}=8,191; p=0,004$	$F_{\Delta(1,967)}=4,747; p=0,030$		
	$F_{ANOVA(4,977)}=10,438; p<0,0001$	$R=0,008$	$F_{ANOVA(4,934)}=7,419; p<0,0001$	$F_{ANOVA(4,967)}=6,740; p<0,0001$		
	$R=0,202; R^2_{A/d}=0,037; R^2_{\Delta}=0,010$	$R=0,008$	$R=0,008$	$R=0,008$		
	$F_{\Delta(1,977)}=10,438; p<0,0001$	$R=0,008$	$R=0,008$	$R=0,008$		
	$F_{ANOVA(4,977)}=10,438; p<0,0001$	$R=0,008$	$R=0,008$	$R=0,008$		

Teste: Modelos de Regressão Linear Múltipla Hierárquica (MRLMH); *Estimadores*: $\hat{\beta}_i$; Coeficiente de regressão não estandarizado; $(\hat{\sigma}_{\beta_i})$ Erro padrão do coeficiente de regressão não estandarizado; β_i : coeficiente de regressão estandarizado; R : Coeficiente de Correlação Múltiplo; R^2_{adj} : Coeficiente de Determinação Múltiplo Ajustado; R^2_{Δ} : Coeficiente de Determinação Múltiplo *Change*; F_{Δ} : Estatística de *F Change*; F_{ANOVA} : ANOVA de Regressão.

Variável Critério: MESM (Medidas de Estado de Saúde Mental); *Variáveis Predictoras*: Indicadores de contexto. *Variáveis ativas* (1) e *dummies* (0): Hábitos Tabágicos – Adolescência/Adulto Sim (1) Nunca/Não (0); Frequência de refeições por dia – < 3 refeições/dia (1), ≥ 3 refeições por dia (0); Hábitos alcoólicos – Adolescência/Adulto (1), Nunca/Não (0); Prática de desporto – Não (1) e Sim (0). Vitalidade N = 982; Função Social N = 970; Desempenho Emocional N = 939; Saúde Mental N = 972. ***p<0,0001; **p<0,01; *p<0,05



3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS

3.1 NOTAS INTRODUTÓRIAS

Neste estudo procuramos, de uma forma geral, identificar e descrever os determinantes de saúde dos habitantes do concelho de Coimbra com 35 ou mais anos referentes ao passado e presente e compreender o impacto desses na percepção geral de saúde.

O Capítulo “*Discussão dos Resultados e Conclusões*” teve como objetivo apresentar de forma simplificada todos os resultados estimados em função dos objectivos gerais e específicos permitindo a comparação com as investigações similares ao tema investigados.

Este mesmo capítulo encontra-se dividido em quatro secções principais.

Na primeira secção serão analisados e comparados os valores prevalentes dos indicadores e determinantes de saúde nos habitantes do concelho de Coimbra com as estatísticas oficiais (Inquéritos Nacionais de Saúde Pública; Censos) bem como estudos com perfis semelhantes ao nosso.

Na segunda secção são analisados e discutidos os resultados alusivos ao impacto dos diferentes determinantes de saúde bem como os de contexto com a percepção de estado de saúde subjectiva.

Na terceira secção analisada e discutida os resultados que mais contribuíram para os perfis de estado de saúde dos habitantes em referência em função de cada grupo de indicadores e determinantes de saúde, bem como de contexto na vida adulta.

A quarta e última secção procurou-se descrever, analisar, comparar e explorar de forma multivariada os indicadores de contexto e determinantes de saúde que caracterizam o período da adolescência dos habitantes em análise e que possam predizer perfis de saúde na vida adulta.

3.2 - Indicadores Prevalentes de Contexto, de Estado de Saúde e respetivos Determinantes

No âmbito dos indicadores de contexto a nossa população em estudo fez-se representar maioritariamente pelo sexo *feminino* (60,1%). A média de idades dos nossos residentes foi sensivelmente de 49 anos tendo este parâmetro uma distribuição semelhante entre sexos (feminino: $48,67 \pm 11,87$; masculino: $50,29 \pm 12,03$).

Ao *estratificarmos a idade por classes*, grande parte dos nossos habitantes encontravam-se nas faixas etárias dos [35 - 45[anos (40,33%) e dos [45 - 55[anos (31,49%). As pessoas com 55 ou mais anos apresentaram uma proporção de 28,19% face à totalidade dos nossos inquiridos.

Quanto às habilitações literárias que caracterizam os habitantes do concelho de Coimbra constatamos que a proporção de pessoas com o 1.º Ciclo Ensino Básico (EB) incompleto foi de 6,22% o que revelou ser uma estimativa bastante positiva face à evolução dos últimos 20 anos em Portugal. Segundo as estatísticas censitárias no concelho de Coimbra foram em 1991 36% e em 2001 de 21% (Câmara Municipal de Coimbra e Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra 2008). Perfil semelhante ocorreu quer a nível da região centro quer a nível Nacional segundo as estatísticas referentes ao ano de 2011: Região Centro apresentou um valor prevalente de 12,6% e a nível Nacional ficou pelos 10% (INE 2012; Robalo, Marques *et al.* 2012^a)⁴⁸.

Também podemos verificar que as estimativas apresentadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) para a Região Centro anteriormente apresentadas revelaram ser bastantes positivas nos últimos censos comparativamente à 10 anos atrás onde para a mesma região os valores foram de 22% de habitantes residentes sem qualquer habilitação (INE 2012).

No âmbito do EB (1.º, 2.º e 3.º Ciclos) verificaram-se os valores prevalentes ao nível do 1.º Ciclo EB de 17,58%, 8,79% o 2.º Ciclo e 14,84% o 3.º Ciclo completos.

A proporção de pessoas em 1991 com os três ciclos do ensino básico completos referentes ao concelho de Coimbra foram bastante superiores aos nossos (26%, 19% e 0%). Padrão semelhante se compararmos com os resultados apresentados nos referentes ao concelho de Coimbra dos Censos de 2001 à exceção do 3.º Ciclo EB (1.º de 23%, e 11% no 2.º ciclo EB e 3.º ciclo com 14%) (Câmara Municipal de Coimbra e Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra 2008).

Quando comparamos os nossos resultados com os censos de 2011 a nível nacional constatamos que a proporção de pessoas com o 1.º Ciclo do EB foi bastante superior à nossa (25%) bem como

⁴⁸ Esta fonte cita os Censos de 2011 Provisórios Lisboa e que dá uma informação de analfabetos 19%.

ao nível do 2.º Ciclo EB (13%) mas com padrão ligeiramente semelhante em pessoas com o 3.º Ciclo do EB que foi de 16% (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Quanto aos nossos inquiridos do concelho de Coimbra com *Ensino Secundário* completo a proporção foi de 23,22% e que demonstrou ser bastante mais elevada face aos últimos 20 anos (Censos de 1999 – 16%) e também nos últimos 10 anos (Censos de 2001 – 15%) no que diz respeito ao concelho de Coimbra (Câmara Municipal de Coimbra e Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra 2008). Se comparármos à média da região centro do país bem como a nível nacional referentes aos últimos censos verificou que os nossos resultados foram inferiores (Região Centro – 28,5%; Nacional – 46,3%) (INE 2012).

A proporção de habitantes do concelho com *formação superior*, os nossos resultados fixaram-se em 25,04%. A nossa estimativa pontual foi bastante superior às estatísticas referentes às do concelho de Coimbra nos censos de 1991 onde se registou um peso relativo na população residente de 9% e de 14% em 2001 mas foi ligeiramente inferior face aos resultados estimados nos censos de 2011 (29,3%)⁴⁹ (Câmara Municipal de Coimbra e Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra 2008; INE 2012).

No entanto, os nossos resultados foram bastantes animadores se compararmos com a totalidade da população da região Centro segundo os censos de 2011, (23 ou mais anos), onde a prevalência foi de 13,1% e essa diferença foi ainda maior para a mesma região em 2001 (7%) (INE 2012).

Ao analisarmos as *habilitações literárias* por *sexo*, verificamos que em todos os ciclos de estudo a maioria das pessoas eram do sexo feminino. Este perfil de resultados estatísticas publicados pelo INE com especial relevo ao nível do ensino superior onde as mulheres revelam estar em maior número comparativamente ao sexo masculino, isto é, 61% dos licenciados eram mulheres (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Quanto ao indicador *nacionalidade*, a maioria dos residentes eram de nacionalidade portuguesa (98,52%). Segundo os censos de 2011 a proporção de indivíduos estrangeiros na região centro, em geral, demonstrou ser superior à que avaliamos no concelho de Coimbra (2,4% > 1,48%) (INE 2012). Segundo o INE, as informações sobre população estrangeira na região Centro de Portugal era mais expressiva nas sub-regiões do Oeste e Pinhal Litoral e em particular nos municípios de Alenquer, Arruda dos Vinhos e Sobral de Monte Agraço (INE 2012).

Também, quanto ao *estado civil*, 74,79% das pessoas indicaram estar “*casadas*” ou em “*união de fato*”. Apesar das nossas estimativas serem superiores às publicadas no relatório do INE no que diz respeito aos últimos censos quanto à condição de *casado* (50%) na zona Centro do país esta

⁴⁹ População residente com 23 ou mais anos.

excedência proporcional estará associada à decisão da junção das características de “*casado/união de facto*” e que nos censos em referência estas características foram analisadas de forma separada.

Quanto às restantes condições sociais, 10,54% eram “*solteiros*” e 9,64% encontravam-se “*separados*” ou “*divorciados*”. Segundo os Censos de 2011 referente à região Centro do País, as estimativas foram superiores às nossas e que foi de 37% na condição de solteiro bem como para a condição de viúvos (8%), mas o mesmo já não ocorreu com a condição civil de “*separado/divorciado*” onde se registou valores inferiores (5%) (INE 2012).

Quanto à presença de progenitores, 87,93% das pessoas indicaram ter filhos e quanto à frequência destes no seio familiar 47,58% dois e 14,41% tinham 3 ou mais filhos.

Por fim, quanto à *situação religiosa ou espiritual* dos inquiridos a maioria indicou ser “*católico(a)/apostólico(a)*” (87,13%) e destes a maioria eram do sexo feminino. Das pessoas que indicaram não ter nenhuma religião, 60,7% eram homens. Quanto ao tipo de praticante, 63,84% dos nossos inquiridos indicara não ter participação na sua religião. Porém, 36,16% dos habitantes indicaram ser praticantes, e destes 72,4% eram do sexo feminino.

No que diz respeito à *área de residência* em função da freguesia, a maioria dos habitantes que participaram no nosso estudo residia em APU (65%) e só 11% é que vivia em freguesias classificadas como APR.

466

No que diz respeito ao tipo de propriedade (habitação) tem-se verificado uma diminuição da proporção de habitações próprias (ocupadas pelos proprietários) nos últimos anos; em 2001 85,25% viviam na sua própria habitação, e em 2011 este padrão foi ligeiramente menor (81,34%) para o concelho de Coimbra. As nossas estimativas também revelaram ser inferiores (75,71%). No entanto, se reportarmos a nível nacional os nossos valores revelaram ser semelhantes face a 2001 (75,71%) mas superiores comparativamente a 2011 (73,24%) (INE 2012).

Quanto às “*habitações arrendadas*” no concelho de Coimbra a proporção estimada dos nossos residentes foi de 24,29% o que foi bastante superior face às estimativas avaliadas para a região centro quer nos censos de 2001 (12,22%) quer nos últimos Censos realizados (12,52%) (INE 2012).

Por fim, quanto ao tipo de habitação 59,37% residia numa “*casa/moradia*”. Quanto ao conforto desta 60,1% classificou-a com “*conforto modesto*” e 33,3% considerou-a “*espaçosa e confortável*”. No entanto, e de forma residual, registaram-se respostas de residentes em que classificaram o alojamento como “*impróprio*”. Concluímos que a maioria das pessoas revelaram ter condições habitacionais adequadas e que de certa forma vão ao encontro da informação

apresentada pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016, no que diz respeito às condições de habitabilidade dos alojamentos nas últimas décadas.

Associadas a estas melhores condições habitacionais estão as infraestruturas básicas como: “*água canalizada, esgotos e instalações sanitárias com banho e duche*” (INE 2012; Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Segundo o INE (2012), referindo-se as estatísticas censitárias de 2011, a percentagem de habitações sem água canalizada no alojamento correspondeu a 0,6%, sem sistema de drenagem de águas residuais não foi além dos 0,5% e ausência de instalações de banho ou duche foi de 1,9% (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Quanto ao *aspeto do bairro* onde residiam a maioria dos habitantes classificou-o como “*bom*” (50,1%) ou de “*zona comercial, ruas estreitas e antigas*” (45,6%) e 1% dos respondentes indicara viver em “*bairros populosos e mal arejados*”.

No âmbito da população residente *empregada*, constatamos que 76,61% era *ativo* e este valor revelou um padrão ligeiramente inferior às estimativas publicadas pelo INE em 2001 referentes ao concelho de Coimbra que foi de 78% (Câmara Municipal de Coimbra e Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra 2008) mas bastante superior à proporção de população ativa na região Centro, segundo os censos de 2011 (52,4%) na população com 15 ou mais anos de idade (INE 2012).

Quanto à condição de “*inatividade*”, 6% dos nossos habitantes encontravam-se desempregados. Quando avaliamos por sexo, 6,99% das mulheres estavam desempregadas, superior ao grupo masculino (4,34%). Os valores estimados de desemprego para a zona Centro, segundo os censos de 2011, na população com 15 ou mais anos de idade foi de 11% (INE 2012) e que foi superior ao que registamos na nossa amostra em estudo respetivamente, e que a maioria das pessoas desempregadas eram também do sexo feminino (12,1%).

Quanto à situação de *aposentação*, verificamos que 17,22% dos nossos habitantes encontravam-se nesta condição social e a maioria destas eram do sexo feminino (56,9%).

No que diz respeito ao “*setor*” onde a população ativa exercia a atividade podemos constatar que a maioria trabalhava no “*Setor Privado por conta de Outrem*” (55,89%) e 24% na “*Administração Pública*”. Em ambos os setores a maioria dos trabalhadores eram do sexo feminino. Também podemos destacar que 10,92% dos habitantes trabalhavam no “*Setor Privado por conta Própria*” e 53,5% eram do sexo masculino.

Quanto ao tipo de “*vínculo contratual*” verificamos que 87,46% tinham um “*Contrato de trabalho por tempo indeterminado*” e 10,36% apresentavam um “*contrato a termo*”.

Segundo a “*Classificação Portuguesa das Profissões*” os grupos mais representativos proporcionalmente foram os “*Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e*

Vendedores” (19,95%), os *“Trabalhadores não qualificados”* (18,45%) e por *“Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas”* (15,66%) seguido do grupo *“Pessoal Administrativo”* com 14,50%. As profissões onde a maioria dos homens estavam presentes foram na condição de *“Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta”* (77,8%) e *“Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem”* (60,9%). Nas restantes classes de profissão verificámos que a maioria dos inquiridos era do sexo feminino.

No que diz respeito à *condição socioeconómica*, segundo a *escala de Graffar* (adaptada), para a população geral, uma grande parte dos nossos habitantes encontravam-se na condição de *“classe média”* (46,09%) e *“classe média alta”* (27,31%). No entanto, se avaliarmos a condição socioeconómica para a população empregada, constatamos que 51% destes encontravam-se na classe social *“Média”* e 30% na *“classe média alta”*. Se avaliarmos por sexo, quer na população em geral quer na população empregada, a proporção de mulheres na *“classe média alta”* foi proporcionalmente muito superior face ao grupo masculino, mas com menor diferença na condição socioeconómica *“Classe Média”*.

Na avaliação dos *parâmetros antropométricos* como a altura, o peso, o perímetro da cintura e o pescoço, em média, os valores estimados foram sempre superiores no grupo masculino face ao grupo feminino. No que diz respeito ao índice massa corporal (IMC) 14,75% dos nossos habitantes eram *“obesos”* e que revelou ser proporcionalmente inferior aos resultados publicados no INS referentes aos anos de 2005-2006 (20,22%) a nível nacional mas relativamente semelhantes ao nível da região Centro (15,61%) em pessoas com 35 ou mais anos (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a). No entanto têm-se registado um agravamento desta condição de saúde entre os anos de 1998-1999 para 2005-2006 e que entre as regiões onde esse aumento foi mais elevado, destacaram-se as regiões: Norte e Lisboa e Vale do Tejo (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Se compararmos os nossos valores com estudos que tiveram um desenho de investigação semelhante ao nosso, verificamos que o concelho de Coimbra demonstrou valores bastante superiores face aos resultados estimados nos habitantes do distrito de Leiria sobre *obesidade, hábitos alimentares e estilos de vida* onde a proporção foi de 11,1% e que foi relativamente inferior aos nossos resultados (Dixe e Catarino 2010).

Também no estudo de AMALIA que envolveu 38.893 indivíduos do continente e ilhas com idade igual ou superior a 40 anos durante os anos de 2006 e 2007 demonstraram valores prevalentes inferiores ao que estimamos (9,3%) (Duarte 2010) como também se observou no estudo sobre obesidade em Portugal segundo Carmo *et al.*, que foi de 13,8% (Carmo, Santos *et al.* 2006).

Quando descrevemos a distribuição do IMC por sexo, o grupo masculino apresentou (proporcionalmente) maior número de casos na condição de *“Obesidade”* (18,79%)

comparativamente ao grupo feminino (12,07%). Quando comparamos as nossas estimativas em pessoas com 35 ou mais anos de idade na população da região Centro constatámos que as nossas estimativas prevalentes foram superiores quando reportamos aos anos de 2005-2006 no grupo masculino (14,72%) mas inferior no grupo feminino (19,52%) (INE e INSA 2009).

Quando comparamos os nossos resultados prevalentes face às estimativas a nível nacional, constatamos que o perfil de pessoas obesas do sexo masculino em 2005-2006 foi de 18,05% e que revelou ser semelhante aos nossos resultados, enquanto no grupo feminino em 2005-2006 a frequência de obesas foi bastante superior (19,50%) comparativamente aos nossos resultados (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Também o estudo de *Dixe e Catarino*, demonstrou valores inferiores às nossas estimativas quer em homens (15,3%) quer em mulheres (9,0%) na população adulta do distrito de Leiria (Dixe e Catarino 2010).

Porém, os nossos resultados prevalentes revelaram ser superiores à média nacional segundo o estudo da prevalência de obesidade em Portugal realizado por Carmo *et al.*, no que diz respeito ao grupo masculino em que a proporção de obesos era de 14,5% e mas os nossos resultados no grupo feminino foram inferiores a este estudo nacional onde as mulheres com obesidade se situaram nessa data nos 14,6% (Carmo, Santos *et al.* 2006).

No que diz respeito ao “*excesso de peso*”, os nossos habitantes apresentaram uma prevalência pontual de 45,38% e que foi relativamente superior face à média nacional em 2005-2006 (43,34%) bem como ao nível da região Centro (40,61%) em pessoas com 35 anos ou mais (INE e INSA 2009).

No entanto, se comparamos os nossos valores com outros estudos, estes acabam por confirmar os nossos resultados. Exemplos desta orientação de resultados foram os trabalhos a nível nacional de AMALIA onde a proporção de pessoas com excesso de peso foi de 42,3% (Duarte 2010). Porém, a nossa prevalência revelou ser ligeiramente inferior face à população adulta do distrito de Leiria onde este indicador foi de 48,3% (Dixe e Catarino 2010) bem como os resultados estimados por Carmo *et al.*, (2006) no âmbito do estudo de obesidade em Portugal e publicados em 2006 que rondou os 52,4% (Carmo, Santos *et al.* 2006).

Também num trabalho de campo em Farmácias onde foram controlados vários parâmetros entre eles o peso e a altura em adultos portugueses também se alcançaram valores prevalentes semelhantes aos nossos resultados (51,53%) (Santos e Pereira 2008).

Quanto à proporção de pessoas com “*excesso de peso*” na nossa população por sexo, constatamos o mesmo padrão de distribuição no que diz respeito à obesidade. Dos 463 homens estudados 58,75% tinham excesso de peso o que foi bastante superior ao que Carmo *et al.*, (2006) estimaram a nível nacional. Quanto ao sexo feminino, das 696 mulheres em estudo a prevalência de “*excesso*

de peso” na nossa população situou-se nos 36,49% e que foi também superior os resultados estimados a nível nacional no estudo de Carmo et al., onde a prevalência foi de 31,9% (Carmo, Santos *et al.* 2006).

No que diz respeito ao *Perímetro da Cintura*, de forma geral, 40% dos habitantes revelaram um risco elevado de obesidade e a maioria destes eram do sexo feminino (72,4%). Quanto ao perímetro do pescoço, em média, na população inquirida este situou-se nos $36,96 \pm 5,51$ cm, sendo mais elevado no grupo masculino ($39,5 \pm 6,72$ cm) comparativamente ao feminino.

As doenças crónicas não transmissíveis têm cada vez mais preocupado os agentes políticos, sociais e económicos ao nível do impacto na saúde das populações. Estes grupos de doenças não só representam um elevado encargo para a pessoa que é portadora como para a própria sociedade. Os custos diretos de um mau controlo da mesma está associado a diversas complicações que daí advêm como também põe em causa a participação ativa da pessoa no tecido produtivo (baixa médica, absentismo laboral), com menor qualidade de vida e menor sobrevida para o próprio doente (McLellan, Barbalho *et al.* 2007; Brito, Buzo *et al.* 2009).

Perante estas preocupações verificamos no concelho em estudo obtivemos uma prevalência global de doença de 38,55%. Se tivermos em conta o número de doenças crónicas, a maioria destas pessoas sofriam entre 1 a 2 doenças crónicas (70,94%). Tendo em atenção a frequência de pessoas com 1 a 2 doenças crónicas por sexo, 65,7% eram mulheres.

470

A doença crónica autodeclarada mais frequente foi a “*hipertensão arterial*” (40,2%). Segundo os resultados publicados no INS, tendo em atenção à classe de idade de pessoas com 35 ou mais anos, a nível nacional, 33,13% das pessoas autodeclaram sofrer de tensão arterial alta, revelando ser ligeiramente inferior ao que obtivemos no nosso estudo. Resultado semelhante ocorreu face ao Centro do País, também em pessoas com 35 ou mais anos de idade e que foi de 33,02% (INE e INSA 2009).

Se compararmos com os resultados do INS a nível nacional em 2005 – 2006, os nossos valores foram bastante superiores face à média geral (19,8%) bem como os resultados do INS de 1999 – 1999 (14,7%). Na comparação com a região Centro do país face à totalidade da população, em 1998 – 1999 os valores foram 16,3% e em 2005 – 2006 de 20,4%.

A segunda doença crónica mais apontada pelos nossos inquiridos foi a “*depressão*” (22,9%) e este valor revelou ser bastante superior à estimativa prevalente nacional (11,81%) bem como ao nível da região Centro (11,83%) em pessoas com 35 ou mais anos no último INS (INE e INSA 2009).

Com uma distribuição proporcional menor mas ainda com relevância foram as “*alergias*” (13%), “*doença reumática*” (11,5%), “*rinite*” (11,3%), *diabetes* (10,9%), “*lombalgias*” (10,7%), “*pedra nos rins*” (9,4%), “*artrose do joelho*” (9,4%), “*osteoporose*” (9,2%), “*obesidade*” (7,3%), “*dor*

crónica” (7,1%), “*artrose da anca*” (6,8%) e “*cancro*” (6,4%). Algumas destas doenças crónicas autodeclaradas também estiveram presentes no IV INS tais como a Tensão Arterial Alta foram: Doença Reumática, Dor Crónica, Depressão, Diabetes, Osteoporose e Asma (INE & INS Ricardo Jorge, 2009:40)

Segundo o relatório do INS referente ao ano de 2005-2006, constatamos que o número de pessoas com 35 ou mais anos que indicaram ter *doença reumática* ao nível nacional foi bastante superior (26,72%) comparativamente aos nossos resultados (11,5%) e o mesmo ocorreu face à estimativa da região Centro 27,20% (INE e INSA 2009).

Também uma das doenças crónicas mais referidas pelos nossos habitantes foi a “*diabetes*” (10,9%). Segundo o Relatório Anual da Diabetes em 2013 a prevalência em Portugal foi de 13% em pessoas entre os 20 anos e os 79 anos e que tem vindo a aumentar segundo os resultados estimados em 2009 (11,7%) (Observatório da Diabetes 2014).

A diabetes, no nosso estudo revelou uma prevalência de 10,9% e que esta estimativa foi semelhante, em frequência, nos anos de 2005-2006 ao nível nacional (11,05%) bem como a nível da região centro (9,17%) tendo em conta as mesmas classes de idade (INE e INSA 2009) mas inferior ao padrão nacional desde 2008 em que se situou em 11,7%, 12,3% em 2009, 12,4% em 2010, 12,7% em 2011, 12,9% em 2012 e 13% no ano de 2013 (Gardete Correia, Frago de Almeida *et al.* 2012_a; Gardete Correia, Boavida *et al.* 2012_b; Gardete Correia, Boavida *et al.* 2013; Observatório da Diabetes 2014; Gardete Correia, Boavida *et al.* s.d._a; Gardete Correia, Boavida *et al.* s.d._b).

Ao nível endócrino, a *diabetes* tem também demonstrado um grande impacto no número de óbitos nos últimos anos. Segundo o relatório anual da diabetes entre 2004 a 2012 o número de óbitos por cada 100.000 habitantes tem estado acima dos 4% e que no último ano (2012) este valor foi de 4,5% mas que foi semelhante ao ano de 2010 (Observatório da Diabetes 2014).

A diabetes *mellitus* é uma doença metabólica e crónica, e afecta um grande número de pessoas. Devido ao elevado impacto ao nível da morbilidade a nível mundial implica um grande investimento em cuidados de saúde constantes, bem como, alterações nos estilos de vida (Correia de Sousa e McIntyre 2008).

No que diz respeito às causas de internamento em hospitais do Serviço Nacional de Saúde em doentes com diabetes verificou-se em 2013 que 23% tinham doenças do aparelho circulatório, 13% doenças das glândulas endócrinas, de nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, 12% na presença de doenças do aparelho respiratório e 10% doenças do aparelho digestivo.

Quanto à *doença crónica* em função de cada *grupo* (homens e mulheres) constatamos que ao nível do sexo feminino, as doenças com maior expressão foi a “*hipertensão arterial*” (37%). No entanto, este valor foi bastante superior à prevalência apresentada pelo INS referente aos anos de

2005-2006, a nível nacional (7,06%). Quanto ao grupo masculino este revelou uma prevalência bastante superior comparativamente ao grupo feminino perante a mesma doença (46,7%) e que também revelou ser bastante superior aos resultados estimados a nível nacional no INS (2005-2006) que foi de 28,24%. Quando comparamos os nossos resultados com os resultados referentes à região Centro, em 2005-2006 os valores de hipertensão arterial foram bastante inferiores quer no grupo masculino (29,35%) quer no grupo feminino (29,87%) face às nossas estimativas (INE e INSA 2009).

Quanto à doença crónica “*depressão*” por grupo, 27,8% das mulheres sofriam desta patologia e que revelou ser superior às estimativas nacionais (16,99%) como também ao nível da região Centro (14,93%) referentes aos anos de 2005-2006. Ao nível do grupo masculino, 12,5% também manifestara a presença desta patologia sendo esta proporção superior ao registado a nível nacional (5,85%) bem como ao nível da região Centro do País (4,59%) segundo o IV INS (INE e INSA 2009). Quando avaliamos a presença de depressão por sexo, a frequência de pessoas com esta doença crónica foi bastante superior no grupo feminino comparativamente ao masculino. Porém, ao nível da diabetes a sua distribuição revelou ser contrária ao que revelou com a presença de depressão.

Nos últimos anos temos verificado que a prevalência da doença (diabetes) quer em homens quer em mulheres tem aumentado. Em 2008, 9,5% das mulheres sofriam desta patologia (Gardete Correia, Boavida *et al.* s.d._a) e que a proporção em 2009 passou para 10,2% (Gardete Correia, Boavida *et al.* s.d._b) mantendo-se constante em 2010 (Gardete Correia, Fragoso de Almeida *et al.* 2012_a) e voltou a subir em 2011 para os 10,4% (Gardete Correia, Boavida *et al.* 2012_b) e 10,6% em 2012 (Gardete Correia, Boavida *et al.* 2013). No que diz respeito ao grupo masculino o aumento de pessoas com esta doença nos últimos anos também se manifestara de forma expressiva, onde em 2008 14,2% a doença estava presente, em 2009 passou para 14,6%, um ligeiro aumento em 2010 (14,7%) e em 2011 passou a barreira dos 15% (15,2%) e em 2012 situou-se em 15,4%. Segundo o último relatório publicado em 2014 demonstrou que 10,7%⁵⁰ das mulheres sofriam desta patologia e que foi bastante superior face à nossa estimativa prevalente que foi de 7,9%. Quanto ao grupo masculino o mesmo relatório identificou 16,6%⁵¹ de casos (Observatório da Diabetes 2014) com esta patologia e que revelou ser ligeiramente inferior face aos resultados que estimamos que foi de 17,1%.

Com base nos resultados anteriores podemos considerar que os valores são preocupantes e que de alguma forma são apoiados pela informação apresentada pela OMS, onde alerta para a maior

⁵⁰ Esta estimativa oficial contempla tanto as pessoas quer diagnosticadas ou não. Feminino: diagnóstico foi de 6,3% e não diagnosticado foi de 4,4%. Observatório da Diabetes (2014). *Diabetes: Factos & Números (Portugal 2014)*, Observatório da Diabetes.

⁵¹ Esta estimativa oficial contempla tanto as pessoas quer diagnosticadas ou não. Masculino: diagnóstico foi de 8,5% e não diagnosticado foi de 7,1%. *Ibid.*

causa de incapacidade a nível mundial até 2020 que serão as doenças crónicas e que se não se alterar o curso de ocorrência destas doenças através de políticas de *Promoção da Saúde*, irão revelar um elevado encargo para os sistemas de saúde (WHO 2002_a).

Face aos valores anteriores e segundo a literatura, as doenças cardiovasculares são responsáveis ainda hoje da maior fatia de morbilidade e de mortalidade nos países desenvolvidos (Alves, Montenegro et al. 2005). Os fatores de risco que mais se associam às doenças cardiovasculares são Hábitos Tabágicos, Hipertensão Arterial, Diabetes e Colesterol (Alves, Montenegro et al. 2005).

Quanto a *antecedentes de doenças crónicas* mais apontados pelos nossos habitantes foram a “hipertensão arterial” (52,6%), “diabetes” (37,1%), “tumor maligno/cancro” (26,5%), “depressão” (21,6%), “alergias” (19,2%), “doença reumática” (17,3%), “asma” (15,8%), “acidente vascular cerebral” (15,4%), “rinite” (13,9%), “artrose do joelho” (12,3%), “pedra nos rins” (11,8%) e “osteoporose” (11,4%).

A presença de antecedentes de doença crónica na história familiar de cada habitante quando comparado por sexo, constatou-se que a maioria dos antecedentes de doença ocorreu em pessoas do sexo feminino à exceção das doenças como a “retinopatia” (75%) e “dislipidemia” (72,7%) que tiveram maior expressão no grupo masculino.

Quando avaliamos a *frequência de antecedentes de doença crónica* em cada grupo individualmente constatamos que ao nível do sexo feminino, as doenças com maior expressão face ao total de mulheres que responderam afirmativamente foram a “hipertensão arterial” (53%), a “diabetes” (35,1%), “tumor maligno/cancro” (28,2%), “depressão” (24,4%), “alergias” (20,9%), “doença reumática” (19,2%), “asma” (15,7%), “acidente vascular cerebral” (15,3%) “rinite” (15,1%) e “artrose do joelho” e “osteoporose” (12,5%), “pedra nos rins” (12,1%), “bronquite crónica, enfisema” e “enfarte do miocárdio” (10,1%). No que diz respeito ao grupo do sexo masculino, a frequência de antecedentes de doença crónica com maior expressão foram: “hipertensão arterial” (52%), a “diabetes” (40,4%), “tumor maligno/cancro” (23,7%), “depressão” (17%), “alergias” (16,4%), “asma” (16,1%), “acidente vascular cerebral” (15,5%) “doença reumática” (14,3%) e “artrose do joelho” e “rinite” (11,9%), “pedra nos rins” e “lombalgias” (11,2%).

Também um dos indicadores importantes com impacto na qualidade de vida das populações é o acesso e disponibilidade de *cuidados de saúde e serviços/entidades* disponíveis para as mesmas. Segundo os resultados estimados no nosso estudo sobre as *entidades de saúde* que os participantes eram beneficiários, a maioria (69,2%) indicou o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e que de certa forma revelou uma estimativa bastante inferior aos resultados apresentados no INS em 2005-2006 a nível nacional (77,52%). O segundo subsistema mais utilizado foi a ADSE (23,8%) e que foi

largamente superior comparativamente à proporção de utilizadores nos anos de 2005-2006 a nível nacional (10,4%) (INE e INSA 2009).

Quanto ao “*Seguro de Saúde Privado*” 14,7% dos inquiridos indicaram ter este tipo de serviço de saúde contratualizado e que foi relativamente superior face à estimativa avaliada em 2005-2006 a nível nacional (10,21%) em pessoas com 35 ou mais anos bem como comparativamente à estimativa obtida em 1998-1999 (5,5%) (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Das pessoas que indicaram ter seguro de saúde a maioria era do sexo feminino.

Quanto à entidade de saúde que mais recorreram para os seus cuidados de saúde, 75% apontou o SNS e que foi ligeiramente inferior às estimativas de 2005-2006 (81,1%) e de 1998-1999 (82,5%) (Robalo, Marques *et al.* 2012_a). O segundo subsistema mais referido pelos nossos habitantes foi o de ADSE (21,5%) e que foi muito superior aos resultados apurados em 2005-2006 (10,1%) e em 1998-1999 (8,8%) (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Quanto ao “*tipo de entidades*” e de “*cuidados de saúde*” (estabelecimentos) que habitualmente a população do concelho de Coimbra mais recorria a maioria indicou o “*centro de saúde*” (84,8%) seguido do “*hospital*” (49,9%).

No que diz respeito à “*consulta médica*” 61,2% dos inquiridos recorreu a esta nos últimos três meses. Este valor foi semelhante quer ao nível das estimativas nacionais (62,92%) quer ao nível da região Centro (62,24%) (INE e INSA 2009).

474

Se compararmos por sexo, os nossos resultados apontavam que 67% das pessoas que tinham “*visitado o médico nos últimos 3 meses*” eram maioritariamente do sexo feminino. Quando avaliamos individualmente, das 730 pessoas do sexo feminino que responderam afirmativamente a esta pergunta 68,22% tinham frequentado uma consulta nos últimos 3 meses. Esta proporção revelou ser semelhante, a nível nacional, segundo o relatório do INS em 2005-2006 em pessoas com 35 ou mais anos (67,86%). No grupo masculino, os nossos resultados foram inferiores ao feminino (50,62%) e que revelaram também serem inferiores os resultados estimados a nível nacional (57,26%) (INE e INSA 2009).

Quando comparamos os nossos resultados à totalidade da população da região Centro do país, verificamos 67,22% das mulheres em 2005-2006 tinham consultado o médico nos últimos três meses e que foi concordante com os nossos resultados. Quanto ao grupo masculino, os resultados estimados pelo INS foi de 56,73% (INE e INSA 2009) o que demonstraram ser superiores face às nossas estimativas.

Também vários estudos têm demonstrado esta tendência entre sexos. No estudo de base populacional realizado na sociedade brasileira com 3.195 inquiridos em pessoas adultas com uma amplitude de idades entre os 20 e os 60 anos também constataram que o grupo feminino

apresentava uma maior prevalência de procura de cuidados de saúde, em especial ao nível da hospitalização, comparativamente ao grupo masculino (Afonso e Sichieri 2002).

Também um estudo desenvolvido no âmbito da *Saúde e Doença em Portugal* evidenciou que o grupo feminino tem uma relação especial e direta com os serviços e cuidados de saúde comparativamente aos homens, pois elas são mais assíduas no controlo e vigilância da sua saúde comparativamente ao sexo oposto (Cabral, Silva *et al.* 2002). Padrão semelhante ocorreu com o estudo de doença crónica e o tipo de cuidados de saúde que procuravam ao longo da vida homens e mulheres (Macintyre, Ford *et al.* 1999).

Quanto ao “*local da última consulta*”, 62% realizou-a no estabelecimento “*centro de saúde*”, 19,3% no hospital público e 17,1% num hospital privado. A maior procura pela primeira unidade de saúde vai ao encontro da literatura, isto é, nos últimos anos tem-se registado um aumento de consultas e cuidados de saúde nos centros de saúde e uma menor procura dos hospitais (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Quanto às “*razões apontadas pela última consulta*” nos 3 meses anteriores à entrevista, 23,2% dos nossos inquiridos apontou como motivo a “*doença*” e que foi muito inferior às estimativas observadas ao nível do panorama nacional em 2005-2006 (50,95%). Quando avaliamos a frequência de respostas por sexo, 24,64% das pessoas do sexo feminino e 20,94% do sexo masculino apontaram a mesma razão e ambas as estimativas foram inferiores aos resultados estimados pelo IV INS, onde para o sexo feminino foi de 51,95% e para o grupo masculino de 49,58% (INE e INSA 2009).

Quanto a “*outras razões*” apontadas pelos utentes para consultarem o médico, 64,3% foi a estimativa observada no nosso estudo. Padrão semelhante ocorreu entre os grupos: 62,8% no grupo feminino e 66,6% no grupo masculino.

Também um dos motivos apontados para a consulta nos últimos 3 meses foi “*pedir receitas ou exames complementares*”. A frequência de pessoas que indicaram este motivo na atualidade foi de 16% uma estimativa prevalente bastante inferior ao registado a nível nacional em 2005-2006 pelo INS (29,11%). Quando avaliamos por sexo, 15,8% das mulheres na atualidade indicaram este motivo o que revelou ser também bastante inferior face aos resultados obtidos a nível nacional para este grupo em 2005-2006 (29,91%). Padrão semelhante ocorreu no grupo masculino (16,3% < 28,03%) (INE e INSA 2009).

No que diz respeito ao “*consumo de medicamentos*”, 44,6% tinham consumido medicamentos nas duas últimas semanas associada à prescrição médica anterior à entrevista. Este indicador demonstrou uma contração no consumo de medicamentos com receita médica comparativamente às estimativas do IV INS na população com 35 ou mais anos (66,38%).

Quanto à prática do consumo ambos os grupos revelaram valores bastante mais reduzidos de consumo (feminino: 60,02%; masculino: 21,43%) comparativamente aos resultados oficiais publicados em 2009 quer para o grupo feminino (76,12%) quer para o grupo masculino (55,18%) (INE e INSA 2009).

No entanto, quanto ao “*consumo de medicamentos sem receita médica*”, constatou-se uma inversão das prevalências de consumo comparativamente ao grupo de medicamentos com receita. Das 1184 pessoas em estudo, 27,4% indicou ter consumido nas duas últimas semanas anteriores à entrevista o que foi bastante superior às estatísticas publicadas em 2009 referentes ao período de 2005-2006 (9,71%) na população com 35 ou mais anos de idade. Das 325 pessoas que indicaram ter consumido medicamentos deste tipo, a maioria eram mulheres (64,9%). Quando avaliamos o consumo de medicamentos sem receita por grupo, constatamos que 29,8% das mulheres tinham consumido medicamentos nas duas últimas semanas e que mais uma vez em 2005-2006 este consumo era bastante mais reduzido (10,29%). Quanto ao grupo masculino, a prevalência deste tipo de consumo foi de 23,95% e que foi também bastante superior face às estimativas do INS em 2005-2006 (11,30%) (INE e INSA 2009). Quanto às razões do consumo deste tipo de medicamentos, esteve associado a quadros clínicos de constipação, gripe bem como de dores, etc..

No que diz respeito à *saúde oral* 91,8% das pessoas inquiridas já tinha, no passado, contactado com um técnico de saúde oral (estomatologista, dentista, higienista ou outro técnico de saúde oral) o que esteve de acordo com os últimos resultados publicados em 2009 (91,15%). Quer em homens quer em mulheres o padrão foi semelhante (>90%). Também verificamos que 66,2% dos inquiridos consultou nos últimos 12 meses anterior à entrevista um técnico de saúde oral (INE e INSA 2009).

Quanto aos motivos associados à última consulta no âmbito da saúde oral, uma grande parte das respostas incidiram na “*consulta de rotina*”, “*higienização oral*” e “*extração de dentes*” ou “*dores*”.

Quanto às pessoas que indicaram “*não ter consultado um técnico de saúde oral nos últimos 12 meses*” a prevalência no nosso estudo foi de 33,8% e que demonstrou um resultado francamente positivo comparativamente ao ano de 2005-2006 (76,86%).

Ao avaliarmos as respostas por grupo de forma individual podemos compreender que o indicador em análise foi bastante positivo no grupo feminino (31,68%) mas negativo no sexo oposto (63,15%). Segundo os resultados do último INS a taxa de pessoas que não tinha procurado um profissional de saúde oral nos últimos 12 meses foi bastante superior no grupo feminino (55,12%) mas com menor expressão no grupo masculino (53,75%) face às nossas estimativas (INE e INSA 2009).

Quanto aos motivos da não procura de “*um técnico de saúde oral nos últimos 12 meses*”, a maioria das respostas apontou “*não precisar*” (60,3%), e por ser “*muito caro*” (34,3%) (INE e INSA 2009).

Tendo como referência aos resultados do IV INS, 73,70% tinham respondido a primeira opção o que revelou ser superior à nossa estimativa. Quanto à segunda opção segundo os resultados de IV INS foi de 14,39% e que afirmamos que houve um agravamento neste indicador de resposta na nossa população em estudo.

As pessoas que indicaram ser “*muito cara*” a consulta de saúde oral, teve maior expressão no grupo feminino em 35,8% comparativamente ao grupo masculino (32,4%). No entanto, estas estimativas foram ainda bastante superiores face aos resultados publicados em 2009 referentes ao IV INS (feminino: 15,84%; masculino: 12,6%) no que diz respeito à região Centro do país (INE e INSA 2009).

Ainda ao nível da saúde oral, 29,3% indicou usar “*placa dentária*”. Este valor observado esteve de acordo com as estatísticas referentes aos anos de 2005-2006 (31,88%). Quanto ao tipo de placa 82,7% indicou usar placa do tipo “*parcial*”. Este valor prevalente foi ligeiramente superior aos resultados estimados em 2005-2006 (71,93%) (INE e INSA 2009).

Quanto aos *hábitos de higiene oral*, 58,7% tinham por hábito “*lavar os dentes*” duas vezes/dia e esta estimativa revelou ser ligeiramente melhor face às estimativas publicadas pelo INS em 2005-2006 (53,99%). Quando avaliamos por grupo, 59,65% do sexo feminino realizava duas vezes/dia a lavagem de dentes e que este indicador prevalente revelou ser semelhante ao padrão observado em 2005-2006 (61,03%). Quanto ao grupo masculino as nossas estatísticas indicaram uma prevalência de prática de higiene relativamente inferior ao sexo feminino que foi de 57,33% mas relativamente superior à prevalência deste tipo de prática de lavagem segundo os dados estatísticos do INS que foi de 46,49% (INE e INSA 2009).

Quanto à proporção de pessoas que indicaram “*não lavar os dentes*” no dia-a-dia observou-se uma prevalência de 0,5% dos habitantes do concelho de Coimbra e que foi substancialmente inferior às estimativas publicadas referentes a nível nacional em 2005-2006 (7,71%). Padrão semelhante ocorreu entre homens e mulheres (INE e INSA 2009).

Em relação aos hábitos de “*lavar os dentes antes de se deitar*” 86,3% indicou ter esse hábito e que revelou ser um resultado bastante positivo comparativamente às estimativas prevalentes na população geral com 35 ou mais anos em Portugal (66,09%) (INE e INSA 2009). Quando avaliamos essas práticas por sexo, constatamos que das 642 mulheres que responderam 90,34% indicou ter este hábito e que também foi bastante superior ao relatório do INS em 2005-2006 (71,57%). Quanto ao grupo masculino 80,28% indicou lavar os dentes antes de deitar e este

indicador prevalente revelou também estar acima dos valores apresentados pelo mesmo relatório INS que fora 60,26% (INE e INSA 2009).

No que diz respeito aos *cuidados de saúde preventivos*, observou-se um agravamento deste comportamento em geral, pois 72,1% dos habitantes inquiridos do concelho de Coimbra nunca se “vacinaram contra a gripe” e que este comportamento revelou ser superior aos resultados estimados em 2005-2006 (63,64%). Quando avaliamos este comportamento preventivo por sexo, verificamos que das 730 pessoas do sexo feminino 72,05% nunca se tinham vacinado contra a gripe e padrão semelhante ocorreu no grupo masculino (72,11%).

Estes resultados revelaram um agravamento deste comportamento comparativamente às estimativas (IV INS) onde se registou no grupo feminino 61,66% e no grupo masculino de 65,91% (INE e INSA 2009).

Quanto à prática de *controlo da tensão arterial*, 75,5% referiu avaliá-la, o que revelou um comportamento bastante inferior às estimativas de 2005-2006 (98,46%) a nível Nacional bem como ao nível da região Centro (97,68%) para uma amplitude de tempo da última medição entre os últimos 5 meses e um ano ou mais (INE e INSA 2009).

Quando avaliamos o comportamento de medição da tensão por sexo, 78,66% das mulheres assumiram ter por hábito este controlo mas que foi bastante inferior aos valores estimados em 2005-2006 quer a nível nacional (99,36%) quer a nível da região Centro (100%). Ao nível do grupo masculino 70,76% das pessoas assumiam também este comportamento de controlo e que mais uma vez foi inferior às estatísticas publicadas a nível nacional (97,30%) bem como a nível da região Centro (1,84%) referentes aos anos de 2005-2006 (INE e INSA 2009).

Quanto à “*última vez que mediu a tensão arterial*”, 87,75% dos nossos inquiridos indicaram ter realizado este tipo de comportamento há 5 meses ou menos e que foi bastante superior às estimativas nacionais (76,70%) bem como a nível da região Centro (75,53%). Quando avaliamos este comportamento por sexo, constatamos que no grupo feminino 87,66% mediram pela última vez num prazo inferior ou igual a 5 meses e que foi ligeiramente superior às estimativas de 2005-2006 a nível nacional (81,70%) bem como a nível da região Centro (80,28%). Quanto aos inquiridos do sexo masculino, 87,42% dos nossos habitantes indicaram ter controlado a sua tensão nos últimos 5 meses ou menos e que mais uma vez revelaram estar acima dos valores publicados em 2005-2006 quer a nível nacional (70,95%) quer a nível da região Centro (70,04%) (INE e INSA 2009).

No entanto, a frequência de habitantes que não tem por hábito realizar a medição da tensão arterial este comportamento foi expresso em 23,8% e que revelou ser bastante negativo face às estatísticas publicadas a nível Nacional (0,94%) bem como a nível da região Centro (1,07%) segundo o INS em 2005-2006 (INE e INSA 2009).

Quanto à avaliação do “colesterol”, 57,8% dos nossos inquiridos indicaram ter por hábito controlar este parâmetro biológico e que ficou aquém das estimativas publicadas em 2009 referentes aos anos de 2005-2006 a nível nacional (93,05%) bem como a nível da região Centro (86,75%) quando controlado este parâmetro entre um período de tempo de 5 meses ou menos e um ano ou mais. Quando avaliamos por grupo, 59,24% das mulheres revelaram ter por hábito controlar o colesterol e que este comportamento foi bastante inferior face às estimativas nacionais referentes aos anos de 2005-2006 (95,03%) bem como a nível da região Centro (95,07%). Padrão semelhante ocorreu no grupo masculino (55,48%) face à proporção de inquiridos a nível nacional (90,77%) e da região Centro (91,01%) referentes aos anos de 2005-2006 (INE e INSA 2009).

No que diz respeito às pessoas inquiridas no estudo que controlam o seu colesterol, 66,72% indicaram ter controlado o seu colesterol há 5 meses ou menos e que foi bastante superior às estimativas nacionais (52,72%) bem como a nível da região Centro (54,73%). Quando avaliamos por sexo, 67,31% das mulheres tinham por hábito controlar o seu colesterol num período inferior ou igual a 5 meses, e que foi francamente positivo face à média nacional (55,50%) bem como à média da região Centro (56,6%) segundo o INS referentes aos anos de 2005-2006. Quanto ao grupo masculino, os resultados foram melhores face ao grupo feminino (69,65%) e que foi superior também aos resultados estimados quer a nível nacional (49,52%) quer a nível da região Centro (52,57%) (INE e INSA 2009). Por fim, no que diz respeito ao “exame da mama” 70,5% das mulheres em estudo já o realizaram. Quanto à realização de citologia, também 60,7% já o tinham realizado.

No âmbito dos *Estilos de Vida* que caracterizam os nossos habitantes, deu-se especial relevo ao consumo de tabaco e álcool, hábitos alimentares e prática de atividade física.

Desde 2007 que foi implementada a lei que regula o consumo de tabaco (Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto) e que veio alterar os hábitos tabágicos entre os fumadores. Esta nova regulamentação implicou uma redução do fumador ativo bem como a redução da exposição ao fumo passivo (Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Os resultados apresentados pela Direção Geral de Saúde e INSA 2011, demonstraram a evidência de uma redução da prevalência do consumo de tabaco nos dois anos seguintes em 5% (2008-2010) (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Face ao exposto e no que diz respeito aos *hábitos tabágicos*, no âmbito do nosso estudo, 64,84% dos nossos habitantes em estudo “nunca fumaram” o que revelou ser inferior às estimativas nacionais observadas em 2005-2006 (74,99%) bem como ao nível da região Centro do país (69,97%) na população com 35 anos ou mais (INE e INSA 2009). Se compararmos com a população geral portuguesa, 63% nunca fumaram, o que está de acordo com as nossas estimativas (Machado, Nicolau *et al.* 2009). Também no estudo de hábitos e estilos de vida na população

adulta do concelho de Leiria, 84% dos inquiridos não tinham hábitos de fumar (Dixe e Catarino 2010), o que foi bastante superior aos nossos resultados.

Quando avaliamos por sexo, a proporção de não fumadores no grupo feminino foi, no nosso estudo, de 72,4% e que ficou áquém das estimativas nacionais (84,21%) bem como ao nível da região Centro (90,72%) (INE e INSA 2009). Quanto ao grupo masculino 44,42% nunca tinham fumado e que revelou ser positivo face às estimativas nacionais do INS (36,83%) mas relativamente semelhante à proporção de habitantes da região centro (46,02%) (INE e INSA 2009).

A proporção de inquiridos enquanto “*fumadores ativos*” no concelho de Coimbra foi de 20,78%, o que não se afastou das estimativas no plano nacional em 2005-2006 (21,88%) mas, no entanto, foi superior às estatísticas apresentadas ao nível da região Centro do país (13,56%) em pessoas com 35 ou mais anos (INE e INSA 2009; Machado, Nicolau *et al.* 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Se comprarmos com os resultados publicados referente à população de Leiria, os habitantes deste concelho revelaram uma prevalência de 26%, superior aos nossos resultados (Dixe e Catarino 2010).

Também no III *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral* revelou que na região Centro do País numa população com as idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos vieram a demonstrar um aumento do consumo de tabaco ao longo dos últimos anos como podemos descrever em 2001: 26,8%, seguido de um aumento em 2007: 27,9%, mantendo-se em 2012 nos 27% (Balsa, Vital *et al.* 2014; Nunes, Narigão *et al.* 2014). Estes valores apesar de englobarem população mais jovem face ao nosso estudo, revelaram estimativas acima dos nossos resultados.

Porém, quanto à proporção de mulheres fumadoras, registou-se um agravamento do número de mulheres fumadoras (12,38%) face às estimativas de 2005-2006 a nível nacional (9,42%) e muito superior às estimativas da região centro (5,07%) na população com 35 ou mais anos de idade. No entanto, a nível nacional (continente) os valores estimados pelo INS revelaram ser ligeiramente inferiores aos nossos (11,8%) numa população com 15 ou mais anos de idade (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Já no grupo masculino 33,37% eram fumadores ativos e que foi superior face ao grupo feminino bem como a nível nacional (28,18%) e a nível da região Centro do país (23,30%) numa população com 35 ou mais anos (INE e INSA 2009; Machado, Nicolau *et al.* 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Porém, se ajustarmos por sexo, os valores estimados em 2012 em pessoas que fumaram nos últimos 12 meses (36,9%) eram fumadores do sexo masculino e que foi ligeiramente superior à

nossa estimativa prevalente. Perfil semelhante ocorreu em mulheres (19,9%) (Nunes, Narigão *et al.* 2014).

Quanto à proporção de *ex-fumadores* a prevalência deste grupo foi de 14,38% e que revelou ser bastante inferior na população com 35 ou mais anos face à média nacional segundo os resultados do INS em 2005-2006 (23,69%) e da região Centro (16,40%) (INE e INSA 2009) mas próxima à média nacional que foi de 16,1% (Machado, Nicolau *et al.* 2009).

Ao nível dos *ex-fumadores* por sexo, das 719 mulheres em estudo, 9,04% deixaram de fumar e no grupo masculino esta proporção foi bastante superior (22,31%). No entanto, segundo os resultados apresentados em 2009 referentes ao último INS registou-se um aumento de *ex-fumadoras* comparativamente às estatísticas de 2005-2006 a nível nacional (6,36%) e região Centro (4,15%) o mesmo não ocorreu com o grupo do sexo masculino comparativamente aos valores a nível nacional (34,93%) bem como da região Centro do País(30,53%) (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Quanto ao número médio de cigarros/dia em fumadores este foi de $15,73 \pm 6,88$ cigarros/dia mas com maior expressão de consumo no grupo masculino ($17,27 \pm 6,29$) comparativamente ao grupo feminino ($12,92 \pm 7,06$). Quanto à idade de início de consumo este situara-se nos $17,45 \pm 4,61$ anos mas foram os homens que, em média, iniciaram mais cedo o consumo de tabaco. Mas se tivermos em conta a média nacional em 2005-2006 o número médio de cigarros dia nas duas semanas anteriores à entrevista foi de 20 para o grupo masculino e 13 cigarros para o grupo feminino e que foram ligeiramente superiores à nossa estimativa (Machado, Nicolau *et al.* 2009).

Os valores médios por nós estimados, no entanto, revelaram ser concordantes com os resultados publicados em 2014 referentes ao III Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas. A média de cigarros diários consumidos pelos inquiridos que declararam ter fumado no último mês foi de $14 \pm 8,05$ cigarros (Balsa, Vital *et al.* 2014; Nunes, Narigão *et al.* 2014).

Também num estudo levado a cabo com fumadores em consultas de cessação tabágica também revelaram padrões médios de idade de início e número de cigarros consumidos semelhantes aos nossos, onde foi o grupo masculino que iniciara mais cedo o início do consumo comparativamente ao grupo feminino (Rebelo 2008).

Quanto à idade de início de consumo, em geral, os nossos resultados são também concordantes com o estudo realizado no âmbito do consumo de tabaco em Portugal, e que confirmou que a grande maioria dos fumadores iniciou o consumo entre os 12 e os 20 anos de idade (Nunes, Narigão *et al.* 2014). Também constatamos que foram aos homens o grupo que correspondeu ao

maior número de anos de consumo ($27,54 \pm 9,54$ anos), comparativamente ao grupo feminino ($22,16 \pm 7,18$).

Das pessoas que indicaram fumar, 10,9% indicaram fazê-lo de forma “*ocasional ou raramente*”, o que foi relativamente superior às estimativas a nível nacional em 2005-2006 (8,78%) mas com padrão semelhante aos resultados estimados nesta mesma época na região Centro do país (11,07%) tendo em conta a população com 35 anos ou superior (10,6%) (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Quando avaliamos por sexo, ao nível do grupo feminino, os nossos resultados apontaram para 18,18% fumarem de forma “*ocasional ou raramente*” e que este comportamento demonstrou ser bastante superior à média nacional (9,74%) e à média da região Centro (5,57%) segundo as estimativas publicadas em 2009 referentes ao INS de 2005-2006. Ao nível do grupo masculino, só 6,88% revelou um consumo “*ocasional ou raramente*” mas que ainda assim também foi superior à média nacional (2,37%) e da região Centro (3,02%) segundo o INS nos anos de 2005-2006 (INE e INSA 2009).

Segundo os resultados publicados em 2014 referente ao III *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral* vêm também confirmar os nossos resultados quanto à proporção de fumadores regulares. A prevalência do consumo foi de 91,8%⁵² e que foi semelhante aos nossos resultados onde se observou uma prevalência de 89,1% (Balsa, Vital *et al.* 2014; Nunes, Narigão *et al.* 2014).

Quanto ao comportamento de consumo 64,9% fumadores assumiu que a quantidade de cigarros se distribuía de forma igual durante todo o dia e a maioria destes fumadores eram do sexo masculino (68,6%). Também 49% dos fumadores ativos já teriam alterado o consumo de tabaco face à marca mas que essa alteração não esteve associado a um motivo “*especial*” (56%). No entanto, 19,2% assumiu que essa mudança de consumo procurou estar associada a uma “*menor concentração de nicotina*” e 16% na tentativa de “*deixar de fumar*”.

Se há dois anos atrás fumavam o mesmo número de cigarros, 54,1% indicou fumar o mesmo. Porém 12,2% dos fumadores indicaram fumar mais nos dois últimos anos e este comportamento foi maioritariamente expresso pelo grupo feminino (53,3%).

Quanto à “*tentativa de deixar de fumar*” 44,3% dos fumadores ativos já tentaram fazê-lo e este comportamento foi assumido maioritariamente pelo sexo masculino (60,2%). O número de tentativas com maior expressão para deixar de fumar foi entre 1 a 2 tentativas (35,19%) e 3 ou mais em 29,63% dos fumadores.

⁵² Inclui fumadores que se encontram na faixa etária dos 15 aos 64 anos.

A proporção de pessoas no nosso estudo que já tinha tentado deixar de fumar foi ligeiramente inferior à proporção estimada a nível nacional com o 4.^a INS onde se registou uma prevalência deste comportamento em 48,8% (Machado, Nicolau *et al.* 2009). No entanto, os nossos resultados foram contrários em função do sexo, pois segundo o último INS os valores foram superiores em mulheres (50,1%) comparativamente aos homens (45,2%) (Machado, Nicolau *et al.* 2009).

Quanto às pessoas que tentaram deixar de fumar, 26,9% dos fumadores procuraram “*ajuda médica*”. Este comportamento foi maioritariamente assumido pelo grupo do sexo masculino (55,2%). Mas, das pessoas que “*regressaram ao consumo de tabaco*” depois de terem desistido de deixar de fumar e que tinham recorrido à ajuda médica apontaram como motivos desse regresso a “*falta de força de vontade*” (65,5%), “*desmotivação*” (24,1%), “*influência de amigos*” (20,7%) e “*motivos profissionais*” (10,3%). Porém, o comportamento de regresso ao consumo foi distinto entre homens e mulheres, isto é, o regresso esteve mais associado à “*ausência de força de vontade*” no grupo feminino (52,6%) enquanto no grupo masculino a “*desmotivação*” foi a que revelou maior expressão (57,1%) para além de outros fatores referidos anteriormente.

Também viemos a confirmar os nossos resultados anteriormente expressos com o Relatório do Tabaco e com o III Inquérito Nacional sobre o consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa em geral em 2012 onde 86% dos fumadores apontam a *baixa motivação para parar de fumar* (Balsa, Vital *et al.* 2014; Nunes, Narigão *et al.* 2014).

A cessação tabágica é, frequentemente, um processo difícil e sujeito a recaídas e que corresponde à proporção de pessoas que não conseguiram deixar de fumar (Balsa, Vital *et al.* 2014).

No entanto, as pessoas que “*tentaram deixar de fumar mas sem ajuda médica*” e que essas tentativas foram de certa forma infrutíferas apresentaram motivos ou razões relativamente semelhantes aos fumadores que recorreram a ajuda médica.

Quanto das pessoas que deixaram de fumar, isto é, *ex-fumadores*, constatamos que a idade média de início de consumo de tabaco foi sensivelmente aos $17 \pm 4,72$ anos e que este tempo de idade de início foi relativamente semelhante entre homens e mulheres. Estes resultados vão ao encontro do que foi encontrado no Relatório do Tabaco em 2014 (Nunes, Narigão *et al.* 2014).

Quanto ao número médio de anos de consumo de tabaco este foi, em geral, de $20 \pm 10,27$ anos e que teve maior expressão no grupo masculino ($22 \pm 9,96$ anos). No que diz respeito ao tempo médio de abandono do tabaco aproximadamente $12 \pm 10,13$ anos. Quando avaliamos por sexo, o maior número de anos de abandono do consumo foi superior no grupo masculino ($14 \pm 11,33$ anos). A maioria dos *ex-fumadores* tinha um comportamento de consumo ativo e diário (90,1%). As razões mais apontadas para o abandono do consumo de tabaco foram a “*ajuda familiar*” (14,7%), “*problemas de saúde*” (12,86%), “*consequência para a saúde no futuro*” (10,5%) e a procura de uma “*melhor condição física*” (9,7%).

Quanto às pessoas que indicaram “*nunca terem fumado*” as razões ou os motivos para não aderirem ao consumo foram maioritariamente suportadas pela “*educação familiar*” (58,7%), por “*motivos de saúde*” (18,5%) e 16,9% por “*não existir ninguém na sua família*” que tivesse este hábito de consumo.

No que diz respeito aos *hábitos alimentares* dos nossos habitantes, 95,9% consumia 3 ou mais refeições diárias, o que foi ligeiramente superior às estatísticas publicadas a nível nacional referentes ao último INS (91,59%)⁵³ bem como aos valores referentes ao INS de 1998-1999 ao nível do continente (90,14%). Quando avaliamos por sexo, das 719 mulheres avaliadas 97,08% indicaram consumir 3 ou mais refeições diárias e que foi também ligeiramente superior face aos resultados a nível nacional segundo o INS de 2005-2006 (92,17%) bem como ao nível do continente em 1998-1999 (90,63%). Quanto ao grupo masculino, dos 484 respondentes, 94,84% assumiu também consumir 3 ou mais refeições principais na sua rotina diária e que foi ligeiramente melhor, em proporção, quer face aos resultados publicados no INS em 2009 no que diz respeito a Portugal (90,92%) quer nos dados referentes aos anos de 1998-1999 no INS referentes ao continente (89,56%) (INE e INSA 2009).

Quanto aos hábitos alimentares “*fora do domicílio*” durante a semana, 68,53% indicou fazê-lo. A maioria das pessoas (65,7%) fazem entre 5 a 10 refeições por semana fora de casa e destas, 57% são mulheres.

484

Este comportamento pode ser explicado porque a maioria dos nossos inquiridos está inserida em meios urbanos (APU) e que de certa forma a vida na cidade veio alterar os hábitos e comportamentos de consumo associados às novas rotinas laborais. A possibilidade de comer em casa é cada vez mais difícil quando muitas das vezes as distâncias entre o trabalho e a casa não o permitem, as dificuldades de deslocação também associadas aos meios de transporte, o próprio ritmo de trabalho, etc., impõem novos hábitos alimentares direcionados mais para o restaurante ou o snack e não tanto para o domicílio (Garcia 1997).

Quanto à alteração dos hábitos alimentares, 16,4% indicou ter assumido esse comportamento e a maioria das pessoas que mudaram os seus hábitos eram mulheres (64,4%). As pessoas que indicaram ter alterado os seus hábitos alimentares, fizeram-no num espaço temporal de 1 a 5 anos (48,9%) ou mais de 5 anos (31,7%). Os motivos mais apontados para a alteração dos hábitos alimentares foram: “*motivos de saúde*” (31,2%), “*perda de peso*” (30,1%) e ainda por “*questões pessoais*” (12,9%). Estes motivos foram maioritariamente expressos pelo grupo feminino.

Quanto ao tipo de culinária praticado, constatamos que têm por hábito realizar cozidos, assados, fritos, grelhados, estufados e crus. Porém, no que diz respeito à frequência com que praticam

⁵³ Não existem estatísticas no INS 2005-2006 referentes à região Centro.

determinado tipo de culinária durante a semana, realizam *cozidos* entre 1-3 vezes/semana (36,2%) e 4-6 vezes/semana (32,6%). Quanto ao tipo de culinária, assados, 43,6% faz 1-3 vezes/semana e 34,4% menos de 1 vez/semana. Quanto ao tipo de culinária classificada como *fritos*, 56,4% faz menos de 1 vez/semana e 35% entre 1-3 vezes/semana e 3,2% realiza uma ou mais vezes ao dia. A confeção do tipo *grelhada*, 43,3% realizava entre 1-3 vezes/semana e 32,5% 4-6 vezes/semana. Quanto à culinária do tipo *estufado*, verificamos que 48,4% realizava entre 1-3 vezes/semana seguido 28,7% dos casos que realizavam menos de 1 vez/semana.

O tipo de culinária que mais procuram realizar no quotidiano quando consumiam peixe 59,3% indicou cozido, 53,9% grelhado e em menor proporção 11,5% indicou “*assá-lo*”. Quanto ao consumo de carne, ele foi maioritariamente apontado como opção de confeção do tipo *grelhado* (72,4%), seguido de *estufado* (31,8%) e *assado* (29,9%).

Quanto a determinadas práticas de consumo e utilização dos alimentos, constatamos que grande parte das pessoas tira a maioria da *gordura da carne* (41,9%) ou tira-a toda (31,7%). Quanto ao consumo de *pele de frango*, 19,3% não a tira e 46,4% excluía na totalidade na confeção e consumo. Quanto à *gordura* mais utilizada na confeção de alimentos, 91,1% dos inquiridos utilizava o azeite como tempero principal e só 7,3% dos inquiridos indicou usar *sempre* ou *muitas vezes* sal durante o consumo de alimentos à mesa.

Quanto ao tipo de alimentação, a maioria das pessoas indicou ter uma alimentação do tipo mediterrânica (83,5%).

485

No que diz respeito ao *consumo de água*, 96,1% indicou beber diariamente e 60% indicou, em média, beber 1 litro de água por dia.

No âmbito dos “*hábitos de consumo de álcool*”, 43,42% indicaram consumir e que esta prevalência pontual foi bastante inferior às estatísticas publicadas no INS referente aos anos de 2005-2006 a nível nacional (67,11%) mas relativamente semelhante ao período de 1998-1999 ao nível do continente (44,79%). No que diz respeito à região Centro no ano de 2005-2006 os valores foram superiores ao que foram estimados na nossa população em estudo (62,88%) bem como nos resultados referentes ao período de 1998-1999 (63,27%) (INE e INSA 2009).

Estes valores prevalentes podem ser superiores aos que nós obtivemos porque foram contabilizados no INS o consumo de algum tipo de bebidas durante os últimos 12 meses mesmo que tivesse só consumido uma vez nesse mesmo período. Também os nossos resultados não foram concordantes com os que foram realizados num estudo sobre estilos de vida, obesidade e hábitos alimentares (concelho de Leiria), na população com 18 anos ou mais, onde só 8,7% dos habitantes é que indicaram consumir álcool, o que revelou ser bastante inferior à nossa estimativa prevalente (Dixe e Catarino 2010).

Quando avaliamos a frequência de consumo de álcool por sexo os nossos resultados foram bastante positivos (menores) face às estimativas quer nacionais quer a nível da região Centro em pessoas com 35 ou mais anos de idade. Observou-se uma redução proporcional de pessoas consumidoras no grupo feminino (23,7%) comparativamente à região centro no período de 1998 – 1999 (44,72%) e 2005 – 2006 (62,0%) bem como no panorama nacional (1998 – 1999: 58,76%; 2005 – 2006: 51,69%). A proporção de consumidores masculinos foi de 72,7% e que também foi substancialmente menor face às estatísticas da região Centro do país (1998 – 1999: 85,03%; 2005 – 2006: 83,63%) bem como a nível nacional (1998 – 1999: 84,31%; 2005 – 2006: 84,85%) (INE e INSA 2009).

Se tivermos em conta a totalidade da população a nível nacional em 2005-2006 com 15 ou mais anos, a estimativa global foi bastante menor comparativamente aos nossos resultados (12,3%) no que diz respeito ao sexo feminino como também ao nível do sexo masculino que rondou os 37,6% (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Quanto à *idade de início de consumo de álcool* esta situou-se nos $18 \pm 3,83$ anos. No entanto, quando diferenciamos o início do consumo por sexo foram os homens que iniciaram, em média, mais cedo o consumo ($17,12 \pm 3,14$ anos) comparativamente ao grupo feminino ($19,74 \pm 4,52$ anos).

486 Quanto ao *número de anos de consumo de álcool*, em geral, foi de $32 \pm 11,97$ anos. No entanto, os habitantes do sexo masculino revelaram um consumo médio de $33 \pm 12,05$ anos e superior face aos habitantes do sexo feminino. Das pessoas que indicaram consumir álcool 48,89% iniciaram antes dos 18 anos e a maioria dos consumidores eram também do sexo masculino (83,2%). Quanto ao número de anos consumo, verificou-se que 50,7% das pessoas consumidoras de álcool consumiam-no há 30 ou mais anos e 36,2% entre 20 e 29 anos de consumo.

Quanto ao consumo de álcool durante a semana (2.^a a 6.^a feira) 84,7% indicou afirmativamente. Quanto ao período do fim-de-semana a prevalência de consumo foi ligeiramente superior ao consumo durante a semana (89%). Quanto ao período do dia da semana em que se observou o maior número de respostas de consumo de álcool, 77,5% privilegia-o no período do jantar e 66,8% ao almoço. Padrão semelhante ocorreu ao fim-de-semana. Quanto ao tipo de bebida mais consumida, esta foi maioritariamente vinho e cerveja, o que vai de acordo com as estatísticas quer nacional quer ao nível da região Centro o INS em 2005-2006 (INE e INSA 2009).

No que diz respeito aos locais mais apontados pelos habitantes para o consumo de álcool destacaram-se a habitação (88,5%), restaurantes (39,7%) e cafés (34,4%).

Quanto aos ex-consumidores de álcool (2,83%), o tempo médio de abandono do consumo foi de $12 \pm 11,77$ anos e, em média, o número de anos de consumo foi $22 \pm 16,47$ anos. Quanto à idade de início de consumo de álcool este foi aos $19 \pm 7,67$ anos. Ao estratificarmos a idade de início

de consumo por classes constatamos que 57,1% iniciou o consumo antes dos 18 anos de idade e 32,1% dos ex-consumidores teve um consumo igual ou superior a 30 anos. Quanto aos motivos para o abandono do consumo de álcool, uma grande parte das respostas recaiu sobre “*problemas de saúde*” (48,1%), “*aconselhamento médico*” (33,3%) e por “*influência de familiares*” (22,2%).

Quanto às pessoas que indicaram “*não beber álcool*”, as razões mais apontadas foram: por “*não gostar*” (67,4%), por “*indicação de vários elementos familiares*” (21,6%) ou por “*ausência de conhecimento sobre os benefícios para a saúde*” (10,3%).

No que diz respeito aos *hábitos de rotina* e de *atividade física*, podemos constatar que, em média, as pessoas indicaram dormir $7 \pm 1,09$ horas/dia. Este padrão foi semelhante quer em homens quer em mulheres.

De forma proporcional, 67,2% dos nossos inquiridos indicaram dormir entre 7 a 8 horas/dia, e 24% das pessoas autodeclararam dormir menos de 7 horas/dia. A maioria das pessoas que indicaram dormir menos de 7 horas/dia eram do sexo feminino (66,3%).

Quanto ao número de horas, em média, que as pessoas indicaram trabalhar durante a semana, este foi de $42 \pm 10,98$ horas. O grupo que referiu trabalhar maior número de horas foi o sexo masculino ($44 \pm 10,91$ horas/semana). Tendo em conta as horas de trabalho/semana por classes, 67,4% trabalhavam entre as 35 e as 40 horas/semana e 27,2% trabalhavam mais de 40 horas/semana.

Quanto à forma como se deslocavam diariamente para o local de trabalho, 77,4% utilizava “*carro particular*” seguido de “*transportes públicos*” (19%). As nossas estimativas revelaram ser superiores às proporções estimadas nos censos de 2011 para as diferentes modalidades de deslocação diária na zona Centro do país: 69,4% utilização de automóvel, 10,71% por transportes públicos (INE 2012).

No que diz respeito ao *tipo de atividade física em meio laboral* 32,1% está “*maior parte do tempo sentado*”, 34,1% “*fica de pé e anda, sobe escada e carrega objetos*” e 27,3% indicou “*estar de pé, anda mas sem outra atividade física*”.

Quanto à prática de “*atividade física*” na nossa população com 35 ou mais anos, a maioria indicou não praticar qualquer atividade (72,3%). Se tivermos em conta a população mundial os nossos valores ultrapassam as estimativas obtidas pela *Organização Mundial de Saúde* (2006) que 60% das pessoas não praticava qualquer exercício físico (Dixe e Catarino 2010).

Este padrão de inatividade revela ser constante na maioria dos países desenvolvidos onde a prevalência de inatividade tende a ser muito elevada e que terá impacto no bem estar e na saúde das populações. Trabalhos desenvolvidos com adultos sobre a realização de exercício físico e sua intenção em realizá-lo, revelam padrões de grande desinteresse na realização de exercício físico (Cabrera, Luis *et al.* 2004).

Quanto à prática de atividade física por grupo, 74,51% das mulheres indicaram não realizar atividade física. Em menor proporção, também o grupo masculino assumiu o mesmo comportamento (68,96%).

Porém, os nossos resultados foram superiores às estimativas publicada pelo *Eurobarómetro* (2010) sobre desporto e atividade física. A nível nacional (incluindo as regiões autónomas) revelou que a maioria dos portugueses (55%) não praticava qualquer desporto. Também, segundo a mesma fonte só 11% raramente fazem exercício físico (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Porém, no estudo de Dixe e Catarino realizado em habitantes do concelho de Leiria, referente aos hábitos e estilos de vida, com idades iguais ou superiores a 18 anos também diagnosticaram valores prevalentes semelhantes aos nossos, isto é, 61,2% dos inquiridos não praticavam qualquer exercício físico ou se praticavam era duas vezes ou menos por mês (Dixe e Catarino 2010).

Também padrão semelhante aos nossos resultados foi observado na população geral no estudo sobre a prevalência de obesidade e sua relação com a atividade física e funcionalidade revelaram que o nível de inatividade foi significativamente superior em mulheres comparativamente aos homens e que esta situação se agravava em ambos os sexos se tivessem excesso de peso ou se fossem obesos (Venturini, Engroff *et al.* 2013).

Quanto ao tipo de atividade física, uma grande parte das respostas recaíram sobre “*caminhadas*” (47,1%), “*ginásio*” (25,7%) e ainda “*desporto coletivo*” (22,6%). A prática de desporto era do tipo *amadora* e *acompanhada*, preferindo espaços públicos com pessoas a realizar também atividade física.

Os motivos mais apontados para a realização de atividade física foram: “*benefício para a saúde*” (57,9%), e que de certa forma esta proporção foi concordante com as estatísticas publicadas pelo *Eurobarómetro* (2010) onde 65% da população também vê a atividade física como um promotor de bom estado de saúde (Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Em especial quando podemos afirmar que a prática de exercício físico é um comportamento de saúde fundamental para a prevenção e tratamento das doenças crónicas em especial às doenças cardiovasculares (Camões 2010).

Outros motivos também apontados para a realização de atividade física foram a “*manutenção da forma física*” (53,9%) e por “*prazer*” (57,0%).

Portugal, entre os países da União Europeia, é identificado com a maior proporção de cidadãos que nunca realizaram qualquer atividade física (36%) e que este mesmo valor ultrapassa de forma substancial a média europeia de 14% (Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Segundo o *Eurobarómetro* (2010) este mesmo relatório 33% dos portugueses pratica desporto/ exercício físico uma vez por semana.

Quanto aos motivos apontados para a não realização de atividade física, foram: “*não se sentirem motivados*” (35,3%) para a prática desportiva, seguida de “*falta de tempo*” (22,3%) e por não “*gostar de praticar*” (21,4%). Também 18,1% indicaram “*desinteresse*” e por “*problemas de saúde*” (11,2%) na prática de qualquer modalidade.

3.3 – Impacto dos Indicadores e Determinantes de Saúde na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

A avaliação do “*Estado de Saúde*” da população tem em conta vários indicadores como a esperança média de vida à nascença num país. Portugal (continental) apresentou entre os anos de 2008-2010 uma esperança de vida à nascença de 79,38 anos e que, em média, as mulheres vivem 6 anos mais do que os homens (Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Segundo a mesma fonte, a esperança média de vida tem vindo a aumentar nos últimos anos: (76,6 anos em 1998-1999) para 79,4 anos em 2008-2010. Se compararmos com a média europeia dos 5 países em que os valores de esperança de vida à nascença são maiores, verificamos que estes países têm mais 2,4 anos que a população portuguesa no continente (Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

Mas a esperança média de vida de uma população num país não está dissociada da *auto-perceção do estado de saúde* dos habitantes. Este indicador é considerado pela literatura especializada como um indicador preditivo de mortalidade e morbilidade e da utilização dos serviços de saúde (Ferreira 1998; Ferreira 2000_a; Ferreira 2000_b; Ferreira e Santana 2003; Robalo, Marques *et al.* 2012_a).

A população do concelho de Coimbra com 35 ou mais anos de idade, no que diz respeito ao seu “*Estado Geral de Saúde*”, classificou-o como “*bom*” ou “*muito bom*” 56,04%. Este resultado foi superior face às estimativas publicadas em 2009 referentes ao INS de 2005-2006 quer para o panorama nacional (36,28%) quer para a região centro do país (28,16%) a partir dos 35 anos de idade (INE e INSA 2009; Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Também o mesmo ocorreu ao nível da região Centro em 1999 – 1999 (46,0%).

Os nossos resultados também foram positivos quanto às pessoas que classificaram a sua saúde no momento atual como “*razoável*” (38,2%) pois este valor foi inferior ao que se registou na região centro (44,61%) bem como a nível nacional (46,60%) em pessoas com 35 anos ou mais segundo o Inquérito Nacional de Saúde (INE e INSA 2009).

No entanto, as pessoas que classificaram o seu estado de saúde como “*mau ou muito mau*” revelaram uma proporção muito inferior (5%) face às estimativas quer para a região centro

(29,16%) quer para a população nacional (24,52%) tendo por base estas estimativas oficiais em pessoas com idades ≥ 35 anos (INE e INSA 2009).

Quanto à perceção de “*Estado Geral de Saúde*” quer no grupo feminino quer no grupo masculino, este na sua maioria (59,1%) classificou o seu estado de saúde como “*bom*” e “*muito bom*” enquanto que no grupo feminino a proporção foi ligeiramente inferior (54%). Estes valores vão ao encontro de vários resultados publicados em que o grupo feminino revelou sempre uma perceção geral de saúde menos positiva comparativamente ao grupo masculino ao longo dos vários INS em Portugal (INE e INSA 2009; INE 2012; Robalo, Marques *et al.* 2012_a). Face ao exposto, segundo os resultados publicados referentes à região centro em 2005-2006 a partir dos 35 anos de idade verificamos que os valores foram mais baixos quer no grupo masculino (32,93%) quer no grupo feminino 23,03% face às nossas estimativas (INE e INSA 2009). Também os nossos resultados foram francamente melhores à média nacional nos anos de 2005-2006 quer em homens (42%) quer em mulheres (26,64%).

Quando avaliamos a perceção geral de estado de saúde segundo a escala de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (QVRS) constatamos, em média, ao nível da “*função física*” ($84,50 \pm 20,66$) e “*desempenho físico*” ($84,11 \pm 22,42$) valores médios bastante mais elevados comparativamente às dimensões “*dor corporal*” ($70,27 \pm 24,12$) e “*saúde em geral*” ($61,77 \pm 17,97$). O que nos permitiu concluir, em geral, os nossos habitantes revelaram, baixas limitações físicas apesar de maior impacto da dor corporal associada a algumas rotinas diárias bem como uma visão menos positiva da “*saúde em geral*”. Os nossos resultados revelaram ser ligeiramente melhores em todos os índices comparativamente ao estudo realizado sobre QVRS na população adulta com 18 ou mais anos onde se procurou estudar o impacto do IMC sobre a perceção geral de saúde (Santos e Pereira 2008) como também pelos autores responsáveis pela definição de normas portuguesas quanto à qualidade de vida na população ativa (Ferreira 2000_b; Ferreira e Santana 2003).

No âmbito das medidas de estado de saúde mental verificou-se, na população em estudo, que o “*desempenho emocional*” ($86,27 \pm 21,00$) e a “*função social*” ($82,28 \pm 20,94$) revelaram, em média, melhores resultados comparativamente aos índices de “*saúde mental*” ($75,65 \pm 19,21$) e “*vitalidade*” ($65,67 \pm 21,55$). Apesar de menor bem-estar psicológico (ansiedade, depressão, etc.) e vitalidade, as pessoas quer ao nível emocional quer ao nível da função social, apresentaram melhor qualidade de vida no desempenho das suas relações sociais e emocionais.

Como foi referido ao nível das medidas de estado de saúde físico também os nossos resultados médios estimados no concelho de Coimbra foram ligeiramente superiores aos obtidos nos vários estudos sobre QVRS anteriormente relatados (Ferreira e Santana 2003; Santos e Pereira 2008).

Quanto à *satisfação com a vida*, (IQV), em geral, a nossa população inquirida demonstrou estar satisfeita ($23,25 \pm 3,20$), com uma perceção da sua saúde e da condição física também elevada ($22,91 \pm 3,75$).

Também os níveis de satisfação com as relações sociais e com a sua condição socioeconómica revelaram ser satisfatórias ($22,26 \pm 3,32$). Quanto ao bem-estar (espiritual e psicológico) este revelou, em média, valores bastante positivos ($23,47 \pm 3,69$) perfil semelhante ao nível do suporte familiar ($24,97 \pm 3,97$).

Ao avaliarmos os *comportamentos de saúde (estilos de vida)*, em geral, no que diz respeito aos resultados estimados segundo o “*Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde*” (QACS), verificou-se, em média, piores resultados no âmbito da condição física associada à realização do exercício físico ($5,46 \pm 3,01$), mas demonstraram maior preocupação e controlo com a sua saúde em geral ($45,69 \pm 7,92$), bem como menores comportamentos de consumo de substâncias dependentes (*álcool, tabaco, ansiolíticos,...*) no quotidiano ($24,65 \pm 4,14$), e preocupação quanto à escolha de alimentos considerados benéficos para a saúde ($16,40 \pm 4,85$) como no desenvolvimento de comportamentos de prevenção que podem pôr em causa a sua vida ($13,65 \pm 2,00$).

No que diz respeito ao *Locus de Controlo de Saúde*, verificamos, na população em geral, que as pessoas assumiram que a sua saúde depende mais dos seus comportamentos pessoais ($31,79 \pm 5,94$) e não tanto de entidades externas como médicos, enfermeiros ou outros profissionais ($28,35 \pm 6,05$). Esta forma de atuar dos habitantes em estudo está de acordo com a necessidade de que estes (saudáveis ou doentes) sejam conhecedores da sua saúde para que possam tomar melhores decisões sobre a mesma de forma mais autónoma permitindo no futuro enfrentar dificuldades e incertezas que possam ocorrer no percurso da vida (Correia de Sousa e McIntyre 2008).

Quanto ao impacto que os *indicadores de contexto* apresentaram, de forma individual, na perceção geral de saúde (QVRS) nos habitantes do concelho de Coimbra constatamos que: o grupo *feminino* revelou pior condição de saúde, quer física quer mental comparativamente ao grupo masculino. Nos diferentes estudos publicados no âmbito da perceção geral de saúde, o grupo feminino apresentou maioritariamente pior condição de saúde face ao grupo do sexo oposto (Ferreira e Santana 2003; Ferreira e Ferreira 2006; Santos e Pereira 2008).

No estudo realizado no âmbito da *qualidade de vida* numa amostra urbana de 228 inquiridos adultos, onde a média de idades do sexo feminino foi de $42,1 \pm 14,2$ anos e masculino foi de $46,6 \pm 14,3$ anos, veio a constatar que as pessoas do sexo feminino apresentaram significativamente pior condição de saúde quer físico quer mentalmente comparativamente ao grupo masculino (Santos e Pereira 2008).

O grupo feminino para além de apresentar pior perceção de saúde subjetiva também foi no nosso estudo o grupo que mais recorreu aos cuidados de saúde. Estes últimos resultados foram concordantes com um estudo de base populacional realizado no Brasil, mais especificamente na Cidade do Rio de Janeiro, em que participaram 3.195 inquiridos com idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos, vieram confirmar que a maior procura dos serviços de saúde e de hospitalização foram mais elevados no grupo feminino (Afonso e Sichieri 2002).

No que diz respeito ao indicador de contexto “classe etária”, também verificamos que a perceção de estado de saúde tendia a agravar-se quer ao nível físico quer ao nível mental, com o avançar da *idade* dos nossos habitantes. Este padrão de variação é confirmado pelos estudos onde as populações mais jovens demonstram melhores condições físicas e mentais comparativamente às pessoas com mais idade (Ferreira 2000_a; Ferreira e Ferreira 2006; Timm, Argimon *et al.* 2011).

Por outro lado, vários estudos têm referido que a idade é um bom preditor de estado de saúde, em especial, quando as pessoas com mais idade e na presença de doença crónica revelam índices mais baixos de saúde. O próprio envelhecimento é responsável pela menor capacidade e funcionalidade física das pessoas, pois, não podemos descurar as mudanças fisiológicas e funcionais que ocorrem no processo de envelhecimento com um impacto forte na funcionalidade e autonomia do idoso (Coelho e Burini 2009). Para além da presença de doenças crónicas que são por si só já de grande responsabilidade na funcionalidade e desempenho físico dos idosos também outras transformações podem ocorrer, em especial, ao nível da adiposidade corporal, força muscular e na flexibilidade (Marques, Arruda *et al.* 2005; Marques, Arruda *et al.* 2007; Coelho e Burini 2009).

As pessoas com maior grau de instrução (*habilitações literárias*) demonstraram, significativamente melhor perceção geral de saúde quer ao nível das medidas físicas quer ao nível das medidas de saúde mental comparativamente às pessoas com menor instrução. Esta variação negativa entre o grau de instrução e a perceção subjetiva de saúde é concordante com a literatura de referência (Marmot, Davey Smith *et al.* 1991; Ferreira e Santana 2003; Wilkinson e Marmot 2003; Marmot 2005; Ferreira e Pereira 2011).

Também as pessoas que se encontravam com uma *condição civil* de viuvez percecionaram, em média, pior perceção de saúde em geral comparativamente às restantes classes (solteiro, casado/união de facto e separado/divorciado). Quanto à condição civil “*casado/união de facto*” estes apresentaram valores médios semelhantes ao grupo de pessoas que indicaram estar divorciados ou separados nos vários índices de perceção geral de saúde. No entanto, as pessoas que indicaram viver *conjugalmente*, em média, demonstraram melhores resultados de saúde em geral (física e mental) comparativamente às pessoas que viviam sozinhas.

A condição civil de “*casados/união de facto*” tem sido explorada em vários estudos como um indicador importante na perceção de melhor saúde e no risco de morte comparativamente às pessoas solteiras ou viúvas. Perspectiva-se que o casamento revele benefícios quer para os homens quer para as mulheres, em especial, ao mútuo benefício de suporte e apoio na saúde, nas relações sociais e na estabilidade de vida desenvolvendo comportamentos de saúde positiva (Umberson 2002; Trincão 2009).

Quanto à presença de *progenitores*, as pessoas que indicaram não ter apresentaram, em média, significativamente melhores índices de saúde ao nível físico comparativamente às pessoas com filhos. Quanto aos índices de saúde mental, à exceção do índice de vitalidade, não se registaram diferenças significativas entre estes dois grupos.

A *condição religiosa* dos nossos habitantes também revelou ter impacto na perceção geral de saúde. As pessoas que indicaram não estarem integradas religiosamente, demonstraram uma perceção geral de saúde, quer física quer mentalmente, melhores resultados médios comparativamente às pessoas que indicaram estar integradas.

Quando avaliámos o tipo de religião a que as pessoas pertenciam, não se registaram diferenças significativas entre as pessoas *católicas* comparativamente a outro tipo de religião quanto à autoperceção geral de saúde. Quanto ao *tipo de praticante* constatamos que as pessoas que indicaram ser ativas no âmbito da sua religião apresentaram uma perceção geral de saúde (física e mental) bastante menor comparativamente aos não praticantes apesar de estarem integrados religiosamente.

No que diz respeito à *área de residência*, as pessoas que viviam em freguesias classificadas como APU apresentaram, em média, melhores resultados de saúde quer física quer mental comparativamente às pessoas que viviam em AMU ou APR e que foram confirmados no estudo sobre a medição de preferências em saúde na população portuguesa (Ferreira e Ferreira 2006) bem como nos estudos da criação da versão portuguesa de QVRS (Ferreira 1998).

Também, neste âmbito, abordamos as *caraterísticas da habitação* em que as pessoas residiam. Perante este indicador as pessoas que viviam em habitações arrendadas demonstraram melhor perceção geral de saúde, comparativamente às pessoas que indicaram ter habitação própria. Quanto ao tipo de habitação, as pessoas que indicaram residir em apartamento perceberam melhor bem-estar de saúde face às pessoas que residiam em moradias.

No âmbito socioprofissional, as pessoas que se encontravam na *condição empregada* (ativa) revelaram uma perceção geral de saúde, quer físico quer mental, significativamente melhor comparativamente às pessoas que se encontravam desempregadas ou reformadas. No que diz respeito ao *vínculo laboral*, viemos a verificar que as pessoas com um vínculo por *tempo indeterminado* demonstraram uma perceção de saúde, em geral, bastante mais positiva

comparativamente às pessoas com um vínculo precário (a prazo). Em especial, esta perceção de saúde foi bastante mais positiva no âmbito das medidas de estado de saúde mental.

Segundo o Relatório que a OMS definiu, quanto aos “*Determinantes Sociais da Saúde*”, deu relevância ao gradiente social “desemprego”. Neste âmbito afirma-se que a maior segurança laboral e estabilidade no posto de trabalho terá implicações positivas na saúde dos trabalhadores o que levará a maior produtividade e, conseqüentemente, criar um ambiente mais produtivo e saudável ao trabalhadores (Adler, Boyce *et al.* 1994; Bossuyt e Van Oyen 2001; Wilkinson e Marmot 2003; Oyen, Deboosere *et al.* 2010; Siegrist 2011).

Quanto à profissão dos nossos inquiridos, segundo a *classificação nacional das profissões*, não se registaram diferenças significativas de perceção geral de saúde ao nível físico em função da classe de profissão que o trabalhador se enquadrava. No que diz respeito às medidas de estado de saúde mental, constatamos que as pessoas que se enquadravam na classe de “*especialistas das atividades intelectuais e científicas*” e “*técnicos e profissionais de nível intermédio*” percecionaram de, forma significativa, pior perceção de saúde ao nível da função social face às restantes classes. Quanto ao índice bem-estar psicológico, este revelou também estar mais diminuído nas classes de profissão anteriormente referidas bem como a classe de “*pessoal administrativo*” comparativamente aos restantes grupos de classes.

494 Se tivermos em conta a *classe social* enquanto população empregada, constatamos que ao nível da visão holística da saúde as pessoas que se enquadravam na *classe social alta* tendiam a percecionarem uma melhor saúde comparativamente às restantes classes sociais. Isto é, quanto mais baixa a classe social, em especial a classe média baixa, pior era a perceção geral da saúde. Padrão semelhante ocorreu ao nível do índice dor corporal.

No que diz respeito ao desempenho emocional este revelou estar mais diminuído em pessoas que se encontravam nas classes *média alta* e *alta* comparativamente às *classes sociais média* e *média baixa*. Padrão semelhante ocorreu ao nível do bem-estar psicológico, da função social e vitalidade.

Propusemos também avaliar a classe social de todas as pessoas mesmo as que se encontravam em situação de desemprego ou reformadas. Viemos a constatar que as pessoas que se enquadravam na *classe social média baixa* tinham uma perceção de saúde significativamente inferior face às restantes classes sociais em todos os índices de estado de saúde física. Ao nível das medidas de estado de saúde mental, também constatamos que as pessoas da *classe social média baixa* mais uma vez apresentaram pior perceção geral de saúde face às restantes classes sociais.

Vários têm sido os estudos que apresentam a relação entre o nível socioeconómico das pessoas e o impacto na sua perceção geral de saúde. Num estudo realizado na população em geral do Canadá demonstrou uma relação inversa entre os sintomas depressivos e a classe social da população em estudo. Neste mesmo estudo, a prevalência de sintomas depressivos foi de 1,9%, 4,5% e 12,4%

para grupos os da alta, média e baixa condição socioeconómica, respetivamente. Mais de 16 anos, o gradiente classe social manteve-se nesta ordem de relação inversa (Adler, Boyce *et al.* 1994).

Também trabalhos realizados no âmbito dos sintomas de mal-estar mental (ansiedade, depressão, hostilidade) têm evidenciado de que estes tendem a agravar-se em pessoas com baixos rendimentos e baixa escolaridade, indicadores estes importantes na definição de classe social. Também ao nível da OMS sobre as desigualdade sociais tem demonstrado a presença de um padrão inverso entre a condição socioeconómica das populações e o aumento da desigualdade social quer ao nível da doença, da exclusão social e da pobreza (absoluta e relativa) (Kaplan, Roberts *et al.* 1987; Bossuyt e Van Oyen 2001; Wilkinson e Marmot 2003; Marmot 2005).

No âmbito dos *indicadores de estado de saúde* que revelaram, de forma individual, um padrão de variação da perceção geral de saúde nos habitantes do concelho de Coimbra constatamos que as pessoas que classificaram o *estado de saúde no momento presente* com uma perceção mais positiva da mesma também demonstraram uma perceção de estado de saúde bastante positiva quer ao nível físico quer ao nível mental na escala de QVRS. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de perceção geral do estado de saúde na população em geral (Ferreira e Santana 2003; Timm, Argimon *et al.* 2011).

Quanto ao *perfil de saúde* dos nossos habitantes tendo em atenção a perceção geral de saúde segundo a escala QVRS constatámos que as pessoas com melhor perceção de saúde em geral apresentam significativamente melhor função e desempenho físico bem como menor impacto da dor na sua vida diária. Perfil semelhante ocorreu entre os índices de função física com o respetivo desempenho físico e a condição dor corporal e também entre estes dois últimos índices.

No âmbito das medidas de estado de saúde mental, também constatámos que as pessoas que percecionam melhor bem-estar mental tendem a demonstrar uma condição de saúde melhor no que diz respeito aos índices de vitalidade, melhor função social e desempenho emocional. Também na presença de melhor índice de vitalidade as pessoas tendiam a demonstrar melhor função social e desempenho emocional e padrão semelhante ocorreu entre estes dois últimos índices.

Quando avaliámos a perceção geral de estado de saúde dos nossos habitantes e o grau de *satisfação com a vida* (IQV) verificamos quer a nível global quer nas diferentes dimensões do IQV que ao maior nível de satisfação com a sua família, com elevado bem-estar psicológico, de suporte e de rede social elevado e economicamente estável e com boa saúde e funcionalidade revelam índices de QVRS significativamente mais elevados.

No que diz respeito ao *locus de controlo da saúde* (LCS) as pessoas que revelaram uma perceção mais positiva da sua saúde ao nível da função e desempenho físico bem como ao nível da saúde em geral consideraram significativamente que a sua saúde depende mais dos seus atos pessoais

(*locus de controlo interno*). Estes resultados são concordantes com os trabalhos na área da qualidade de vida quer na população em geral quer em determinados grupos de pessoas institucionalizadas no âmbito da saúde (Pais Ribeiro 1994; Timm, Argimon *et al.* 2011).

O primeiro estudo realizou-se com jovens adultos saudáveis onde se procurou avaliar os comportamentos de saúde e o seu impacto na qualidade de vida em geral. Os resultados demonstraram que a qualidade de vida em geral estava mais aumentada perante resultados mais elevados de locus de controlo interno (Pais Ribeiro 1994). O segundo estudo foi desenvolvido numa população institucionalizada com idades iguais ou superiores a 60 anos e que veio a demonstrar que comportamentos associados ao locus de controlo interno correlacionavam-se positivamente com melhor funcionalidade e bem-estar (Timm, Argimon *et al.* 2011).

As pessoas que revelam ter um bom locus de controlo de saúde interno apresentam uma melhor capacidade de aprendizagem, motivação e controlo da vida pessoal, permitindo maior auto-eficácia e capacidade para lidar com os diferentes acontecimentos de vida que possam ter impacto na sua saúde e restantes áreas da vida (Salgado e Souza 2003).

Estes resultados podem ser confirmados com a forma como a pessoa acredita que as suas ações influenciam o seu estado de saúde (*locus de controlo interno*) e o quanto valoriza a sua saúde. Um bom locus de controlo interno está associado a melhores comportamentos de saúde, que irão promover a saúde (Almeida e Pereira 2006).

496

No entanto, alguns índices de saúde na população em estudo revelaram pior locus de controlo interno. Face ao exposto, as pessoas assumem que a sua saúde não depende tanto dos seus comportamentos e da sua vontade. Estas pessoas, segundo a literatura, revelam ser mais passivas quanto às suas condições de saúde e não a procuram mudar (Salgado e Souza 2003; Timm, Argimon *et al.* 2011). Associado a níveis mais elevados de locus externo em que a sua saúde depende mais da sorte ou acaso também podem apresentar maiores níveis de depressão e de dificuldade de ajustamento psicossocial (Salgado e Souza 2003; Fuscaldi, Balsanelli *et al.* 2011; Timm, Argimon *et al.* 2011).

Face ao expostos, os nossos resultados em alguns índices das medidas de estado de saúde mental são concordantes com a literatura. Padrão semelhante ocorreu com o locus outros poderosos. As pessoas com menor bem-estar físico ou mental acreditam que a sua saúde só depende dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde) e não tanto do seu comportamento individual (Fuscaldi, Balsanelli *et al.* 2011).

No âmbito dos estilos de vida avaliados pelo *questionário de atitudes e comportamentos de saúde* (QACS), e sua relação com a perceção geral de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental constatamos que as pessoas que procuram manter a boa forma física e que têm cuidado com os

alimentos que consomem (comportamentos protetores) tendem também e de forma significativa a apresentar melhores resultados de saúde, quer física quer mentalmente, segundo a QVRS. No entanto, ao nível dos comportamentos de prevenção, isto é, de autocuidado, só revelou padrão de variação ao nível das medidas de estado de saúde mentais. As pessoas que promovem um maior cuidado e zelo ao nível da sua saúde demonstraram melhores resultados de saúde ao nível mental. Padrão semelhante ao nível dos comportamentos de prevenção de acidentes ou de comportamentos de risco no âmbito das medidas de saúde mental bem como ao nível do desempenho físico e da dor corporal. Quanto à dependência de substâncias químicas no seu dia-a-dia, constatámos que esta correlacionara-se em exclusivo com o índice de saúde mental. Também verificámos que as pessoas que apresentam menores comportamentos de risco associados ao consumo de estimulantes, de hábitos tabágicos etc., revelaram um padrão mais positivo de bem-estar psicológico. Os nossos resultados vão ao encontro dos estudos desenvolvidos na população em geral (Gonzalez e Pais Ribeiro 2004; Pais Ribeiro 2004_a).

Quando procuramos compreender o impacto individual dos *parâmetros antropométricos* na perceção geral de saúde verificamos que as pessoas ao nível do seu IMC apresentassem uma condição de “*peso alterado*” revelaram pior condição de saúde de forma significativa em todos os índices de perceção geral de saúde comparativamente às pessoas que tinham um IMC “*normal/adequado*”. No entanto, quando distribuímos os nossos habitantes entre as diferentes classes de IMC segundo a classificação internacional (WHO 2004_a), verificámos que as pessoas com *excesso de peso* e *obesas* revelaram uma condição de saúde quer física quer mental significativamente pior comparativamente às pessoas com IMC normal ou de baixo peso.

Quanto ao parâmetro *perímetro da cintura*, as pessoas que foram classificadas com “risco elevado de obesidade” apresentaram significativamente pior perceção de saúde nas várias medidas físicas. Padrão semelhante ocorreu ao nível das medidas de saúde mental apesar de não serem diferenças significativas. Quanto ao parâmetro circunferências do pescoço, não se observou um padrão de variação com a perceção geral de saúde (QVRS).

Os estudos desenvolvidos no âmbito do impacto do IMC sobre a atividade física têm revelado que esta se correlaciona de forma inversa com o aumento do índice de massa corporal (Kvaavik, Tell *et al.* 2003; WHO 2004_b). Também no estudo desenvolvido por Fontaine *et al.*, 2003 onde as pessoas com *excesso de peso* ou *obesas* apresentaram condições desfavoráveis de saúde com impacto ao nível social, psicológico bem como ao nível risco de morte prematura (Fontaine, Redden *et al.* 2003).

O estudo sobre obesidade e excesso de peso e o seu impacto na QVRS numa amostra urbana de 228 inquiridos adultos com uma média de idades de $43,9 \pm 14,4$ anos também demonstrou que as pessoas com excesso de peso apresentaram significativamente pior condição de saúde ao nível da

função física, ao nível da dor corporal e saúde mental comparativamente às pessoas com peso normal (Santos e Pereira 2008).

No âmbito da aptidão física e QV e sua relação com o IMC em pessoas idosas, veio também a corroborar os nossos resultados, isto é, que as pessoas com excesso de peso ou obesas tendiam a uma baixa autoperceção de saúde e pior funcionalidade. Este padrão revelou ser mais grave ao nível do sexo feminino (Martins, Figueiras *et al.* 2010).

Também no estudo de Larsson *et al.*, (2002) sobre o impacto do excesso de peso e da obesidade na perceção geral de saúde (QVRS), verificaram que as pessoas obesas demonstraram capacidades psíquicas e sociais significativamente inferiores às pessoas com peso normal.

Quanto ao impacto da “doença crónica” constatamos que as pessoas portadoras deste tipo de doenças apresentaram pior perceção geral de saúde quer física quer mental comparativamente às pessoas que indicaram não sofrer deste tipo de doença. Neste âmbito, os estudos de Aranha L, Mirón Canelo J *et al.*, também demonstraram que as pessoas na presença de doença crónica manifestaram uma visão mais negativa da sua condição comparativamente às pessoas que indicaram não sofrer deste tipo de enquadramento clínico (Aranha, Mirón Canelo *et al.* 2006).

498

Também num estudo sobre perceção de estado de saúde (QVRS) e Atividade física numa amostra de 12.424 agregados familiares a nível nacional veio a constatar que as pessoas que sofriam de doenças crónicas revelaram pior condição de saúde em especial ao nível dos índices de saúde física comparativamente às pessoas que não tinham doenças crónicas degenerativas (Campos e Dinart 2010).

Num estudo realizado em pessoas com doença crónica (*diabetes*) onde procuraram avaliar os seus hábitos alimentares e estilos de vida, verificaram que as pessoas com este tipo de doença apresentavam um estilo de vida sedentário (Brito, Buzo *et al.* 2009) o que vem confirmar os nossos resultados onde as pessoas com doença crónica revelam também baixos níveis de perceção de estado de saúde ao nível físico comparativamente às pessoas que realizam exercício físico.

Esta condição de menor atividade física no dia-a-dia tem várias razões e fenómenos responsáveis. A doença crónica é um deles. Estas pessoas revelam muitas das vezes dificuldades em alterar determinados hábitos e estilos de vida e que têm impacto na sua qualidade de vida relacionada com a saúde. De certa forma esta linha de pensamento foi confirmada num programa sobre alteração de hábitos alimentares (dieta) realização de exercício físico e controlo de determinados parâmetros clínicos em 133 utentes com diabetes do tipo 2 da Unidade de Saúde Familiar da Zona do Grande Porto com 40 ou mais anos de idade. Verificou-se que a maior resistência nas alterações dos estilos de vida foi a adesão à prática de exercício físico bem como a alteração dos hábitos alimentares. A justificação para terem estas dificuldades foram apontadas razões

económicas, trabalho, restaurante e hábitos alimentares do agregado familiar (Correia de Sousa e McIntyre 2008).

Também num estudo sobre a caracterização da população obesa seguida em ambulatório (consulta externa de Medicina Interna/Obesidade) onde foram acompanhados 91 doentes com uma média de idades de $46,7 \pm 13,1$ anos e com a doença metabólica crónica Obesidade constatamos que as pessoas com esta patologia revelam mais comorbilidades, onde a hipertensão arterial e a diabetes têm um elevado peso na frequência de ocorrência, bem como maior incumprimento de um plano dietético ajustado. Este padrão de incumprimento foi maior em pessoas com mais idade (Peixoto, Miranda *et al.* 2010).

Quanto à *frequência de doenças crónicas* avaliadas na população do concelho de Coimbra, também constatámos que ao maior número de doenças observou-se um agravamento significativo da sua perceção geral de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental. Estes nossos resultados foram também confirmados por Campos e Dinart quando estudaram a qualidade de vida numa amostra representativa de 12.424 lares (agregados familiares). Os autores confirmaram que ao maior número de doenças crónicas degenerativas constataram um agravamento da perceção geral do estado de saúde quer física quer mental (Campos e Dinart 2010).

Posteriormente avaliámos o impacto de cada doença crónica na perceção geral de saúde dos habitantes do concelho em estudo e que constatamos um agravamento da perceção ao nível da função e desempenho físico perante a presença das várias doenças crónicas, como a diabetes, asma, tensão arterial alta, dor crónica, doença reumática, osteoporose, etc. No entanto, ao nível da dor corporal as pessoas que revelaram ter doenças crónicas como a asma, glaucoma e ferida crónica não se diferenciaram de forma significativa face às pessoas sem este tipo de doenças, apesar destas apresentarem melhor condição de saúde face às primeiras. Quanto à perceção de saúde em geral também só as pessoas que sofriam de asma, glaucoma, ferida crónica e enfarte do miocárdio é que não se diferenciaram de forma significativa face às pessoas em que esta doença não estava presente, apesar das primeiras apresentarem uma visão mais negativa neste indicador, comparativamente às pessoas sem doença.

Quanto às medidas de estado de saúde mental, podemos considerar que as pessoas com doença crónica apresentaram, em média, pior condição de saúde face às pessoas que não apresentavam a doença em avaliação. No entanto, apesar de algumas pessoas com asma não se diferenciaram significativamente entre as várias medidas de saúde mental, o mesmo ocorreu em pessoas com glaucoma, ou que tenham sofrido um enfarte cardíaco, ou de outras doenças do coração, AVC, alergias e rinite, ferida crónica, tumor maligno ou pedra nos rins.

No âmbito dos *cuidados de saúde*, avaliou-se a frequência de visitas aos serviços de saúde nos últimos três meses anteriores à entrevista. Verificamos que as pessoas que indicaram ter

procurado duas entidades de saúde apresentaram, em média, valores mais elevados de percepção de saúde comparativamente às pessoas que tinham só procurado um tipo de instituição. Essas diferenças foram significativas ao nível das medidas de saúde físicas (função e desempenho físico e dor corporal). No âmbito das medidas de estado de saúde mental, o padrão revelou ser semelhante à exceção do índice de desempenho emocional. As pessoas que assumiram ter procurado nos últimos três meses mais de duas instituições para os seus cuidados de saúde classificaram melhor o seu desempenho emocional comparativamente aos restantes grupos.

Também, as pessoas que consultaram um *médico nos últimos três meses* anteriores à entrevista apresentaram significativamente pior percepção geral de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental comparativamente às pessoas que não necessitaram de recorrer a uma consulta. Quanto à *frequência de visitas médicas (consultas) realizadas nos últimos três meses* viemos a constatar um agravamento da condição geral de saúde ao nível dos vários índices da escala de QVRS quanto maior era o número de consultas que as pessoas realizaram junto das instituições de saúde.

Quanto ao *consumo de medicamentos receitados pelo médico* nas duas últimas semanas, também constatámos que as pessoas que indicaram terem consumido apresentavam menor função e desempenho físico, sofriam de maior impacto da dor corporal no dia-a-dia, com uma percepção de saúde em geral mais negativa, menor vitalidade e bem-estar psicológico. Porém, quanto ao *consumo de medicamentos não receitados* nas duas últimas semanas, a percepção de estado de saúde não foi diferenciadora entre quem consumiu ou não.

Ao nível dos cuidados de *saúde oral*, constatamos que as pessoas que tinham já procurado este tipo de serviço no passado apresentaram significativamente melhor percepção de saúde em especial ao nível dos índices de saúde em geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental.

Quanto aos hábitos de medição da tensão arterial, controlo do colesterol, toma da vacina e exames de rastreio viemos a constatar que a percepção geral de saúde revelou estar mais diminuída quer física quer mentalmente em pessoas que assumiam estes comportamentos comparativamente aos que indicaram não fazê-los.

No que diz respeito aos determinantes “*estilos de vida*” com impacto individual na autorpercepção de estado de saúde subjectiva constatamos que as pessoas consumidoras de tabaco revelaram impacto significativo na percepção geral de saúde, em especial ao nível das medidas de estado de saúde física e ainda no índice mental designadamente vitalidade. As pessoas que indicaram fumar atualmente ou que eram ex-fumadores demonstraram uma percepção ligeiramente mais positiva da saúde comparativamente às pessoas que não fumavam. Porém, quando avaliámos os *anos de consumo de tabaco em fumadores* verificámos que as pessoas que fumavam há mais anos

revelaram pior condição de saúde ao nível físico o que não foi diferenciador ao nível das medidas de estado de saúde mental. Padrão semelhante também ocorreu ao nível dos ex-fumadores.

Quanto ao *tipo de consumo*, as pessoas que indicaram *fumar ocasionalmente* não se diferenciaram significativamente das pessoas que indicaram *fumar diariamente* quanto aos diferentes índices avaliados ao nível da qualidade de vida relacionada com a saúde. Também não se verificaram diferenças médias significativas entre os fumadores que indicaram ou não terem alterado os seus *hábitos de consumo*. Padrão semelhante também ocorreu em ex-fumadores.

No que diz respeito à *tentativa de deixar de fumar*, os fumadores que procuraram abandonar o vício de fumar revelaram significativamente piores resultados de saúde face aos fumadores que nunca o fizeram. Os fumadores que procuraram deixar de fumar e que teriam pedido ajuda médica para o efeito também revelaram pior condição de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental apesar dessas diferenças não serem significativas face às pessoas que tentaram deixar de fumar mas sem ajuda.

Quanto aos *hábitos alimentares*, no que diz respeito à *frequência de refeições* praticadas pelos nossos inquiridos constatamos que as pessoas que tinham por hábito no seu dia-a-dia realizar entre 3 a 5 refeições principais ou mais revelaram uma perceção de saúde ao nível das medidas de estado de saúde físico superior comparativamente ao grupo de pessoas que consumiam menos de 3 refeições diárias/dia. No entanto, estas diferenças não foram significativas.

501

Porém, ao nível das medidas de estado de saúde mental verificámos que as pessoas com menor número de refeições praticadas no dia-a-dia (<3 refeições/dia) demonstraram um menor bem-estar mental, emocional e de vitalidade comparativamente às pessoas que realizavam mais refeições principais no seu quotidiano.

Ao controlarmos a *prática de refeições diárias no domicílio ou fora deste* constatámos que as pessoas que realizavam no seu dia-a-dia refeições fora de casa apresentaram significativamente melhor perceção de saúde comparativamente às pessoas que indicaram não o fazer.

No entanto, quando avaliamos o grupo de pessoas que indicara realizar *refeições fora do domicílio* e quando questionadas quanto à *frequência deste comportamento* durante a semana constatamos que as pessoas com uma prática de 5 a 10 refeições por semana revelam uma perceção de saúde mais positiva comparativamente a pessoas que realizam menos de 5 refeições por semana. No entanto, as pessoas que tinham por hábito realizar menos de 5 refeições por semana fora de casa apresentam uma melhor perceção de saúde ao nível físico e mental comparativamente às pessoas que tinham por hábito praticar mais de 10 refeições por semana fora do domicílio.

Quanto à *alteração dos hábitos alimentares* no quotidiano constatámos que as pessoas que assumiram esta alteração demonstraram uma perceção geral de saúde bastante mais negativas comparativamente às pessoas que indicaram não o terem feito. Também as pessoas que indicaram

ter alterado os seus hábitos alimentares e que o fizeram há *menos de 1 ano* apresentaram, na maioria dos índices de saúde quer física quer mentalmente, pior percepção de saúde comparativamente às pessoas que já teriam alterado os seus hábitos há mais anos.

Quanto aos *hábitos de consumo de álcool*, as pessoas que consumiam (ocasional ou regularmente) apresentaram uma percepção de saúde (física e mental) semelhantes apesar dos índices de saúde favorecerem positivamente as pessoas que consomem comparativamente às não consumidoras.

Quando avaliámos por consumidores ativos, no que diz respeito ao *número de anos de consumo*, observou-se um agravamento da percepção de estado de saúde subjetiva dessas mesmas pessoas, quanto maior era o número de anos de consumo. Os nossos resultados corroboram o estudo dos autores Timm et al., onde constatou-se que a população consumidora regular com idade mais avançada apresentaram pior qualidade de vida face às que não bebiam (Timm, Argimon *et al.* 2011).

Quanto aos *ex-consumidores*, constatámos a ausência de relação entre o *número de anos de consumo de álcool* e o *tempo em que deixara de consumir* quanto à percepção subjetiva de estado de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental.

As pessoas que indicaram *dormir maior número de horas* por dia demonstraram uma percepção subjetiva de saúde significativamente melhor.

502

Quanto classificámos o número de horas de sono por dia, verificámos que as pessoas que *dormiam entre 7 a 8 horas/dia* demonstraram melhores resultados de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental comparativamente às pessoas com menos horas de descanso (<7h/dia). No entanto, já não foi diferenciador entre as pessoas que dormiam entre 7 a 8 horas/dia e as pessoas que dormiam mais horas nos diferentes índices de saúde em análise.

Quanto ao impacto do *número de horas de trabalho* por semana na percepção geral de saúde, constatámos que as pessoas que trabalhavam menor horas por semana, revelaram pior percepção subjetiva de saúde comparativamente às pessoas que trabalhavam 35 horas ou mais.

Também verificamos que a percepção geral de saúde demonstrou ser superior em pessoas que indicaram *deslocar-se habitualmente de carro* para o seu local de trabalho comparativamente às pessoas que se deslocavam a pé. Também em alguns índices de saúde as pessoas que indicaram se deslocar para o local de trabalho por transportes públicos também evidenciaram uma percepção de saúde ligeiramente superior comparativamente às pessoas que se deslocavam habitualmente a pé.

Ainda no âmbito da atividade profissional, observou-se um agravamento da percepção subjectiva da saúde em pessoas com uma *rotina laboral de atividade física pesada* comparativamente às

peçoas que indicaram estar *sentadas a maior parte do tempo* ou que para além desta condição ainda podem *andar e estar de pé*.

Quanto à *prática de atividade física*, viemos a constatar que as peçoas que realizavam exercício físico classificaram a sua qualidade de vida bastante mais positiva face às peçoas que não praticavam qualquer tipo de atividade. O estudo desenvolvido por Campos & Dinart no âmbito da qualidade de vida e a atividade física vieram a demonstrar também em sintonia com os nossos resultados que as peçoas que revelaram ser sedentárias, isto é, que não realizavam atividade física demonstraram pior condição de saúde nas várias subdimensões da escala de QVRS (Campos e Dinart 2010).

A prática de exercício físico é um comportamento de saúde que determina a melhor qualidade de vida das peçoas no dia-a-dia com um impacto imediato na saúde das mesmas (Sardinha 1999; Dixe e Catarino 2010). Os benefícios obtidos vão ao encontro de um melhor bem-estar, do controlo de peso e da melhoria de determinados parâmetros cardiorrespiratórios (Sardinha 1999; Venturim e Cade 2007).

Os benefícios de saúde com a prática de atividade física podem também serem estendidos a peçoas com determinadas doenças crónicas. Os estudos em peçoas com um IMC de obesidade e que foram submetidas a um plano de promoção de estilos de vida (prática de atividade física regular e uma dieta alimentar ajustada) vieram a demonstrar um impacto significativo de redução de peso corporal, de percentagem de massa gorda, do índice razão cintura quadril, frequência cardíaca e ainda alguns parâmetros bioquímicos bem como uma melhoria significativa do seu bem-estar (Venturim e Cade 2007; Alexandre, Rezende *et al.* 2009).

Quando classificámos o *número de atividades de exercício físico* em que os nossos inquiridos autodeclararam realizar e o seu impacto na perceção geral de saúde, verificámos que a maior frequência de tipos de atividades desportivas correspondia melhor perceção de saúde, quer ao nível físico quer ao nível mental comparativamente às peçoas que indicaram não realizar qualquer atividade.

Os estudos desenvolvidos no âmbito de estilos de vida ativos vão ao encontro dos nossos resultados onde a frequência de prática desportiva permite obter melhores resultados quer físicos quer mentais aumentando o bem-estar, boa disposição, fortalecimento da massa muscular e respetivos órgãos (Molena Fernandes, Junior *et al.* 2005; Brito, Buzo *et al.* 2009).

Em especial vários estudos também têm demonstrado que as peçoas que realizam atividade física de forma regular apresentam também menor risco de sofrer precocemente de incapacidade funcional, em especial, associado ao avanço da idade e de ocorrência de doenças crónicas (McLellan, Barbalho *et al.* 2007; Coelho e Burini 2009).

No âmbito da prática de atividade física verificamos não existirem diferenças médias significativas entre as pessoas que indicaram praticar exercício físico *sozinhas* ou *acompanhadas*. No entanto, as pessoas que indicaram realizar atividades desportivas com companhia, em especial perante desportos coletivos, demonstraram uma perceção subjetiva de saúde bastante superior às pessoas que indicaram praticar em espaços públicos com pessoas a realizar atividade desportiva.

3.4 – Indicadores e Determinantes de Saúde preditores de Perfis de Saúde Subjetivo (Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde) na Vida Adulta

Quando procurámos avaliar o impacto dos *preditores de contexto*, de forma multivariada, sobre a perceção geral de saúde ao nível físico e mental, concluímos que as pessoas com idades mais avançadas, do sexo feminino e com habilitações literárias de ensino básico (completo) ou menos (incompleto) revelaram ser preditores de pior perceção de saúde física.

Também constatámos que as pessoas que indicaram residir em freguesias de APR e que eram proprietárias da sua habitação também demonstraram uma visão significativamente mais diminuída ao nível dos índices de desempenho físico, dor corporal e saúde em geral comparativamente às pessoas que residiam em freguesias de APU e AMU e que não eram proprietárias da sua habitação (arrendamento).

Ao nível ocupacional verificámos, de forma transversal, em quase todos os índices de saúde física que as pessoas que estão desempregadas ou reformadas e as que estão empregues mas com vínculo laboral precário (tempo determinado) revelaram uma perceção geral de saúde bastante menor.

No entanto, os preditores exógenos de contexto que não revelaram impacto significativo na perceção geral de saúde física foi a condição familiar (estado civil), tipo de praticante e integração religiosa, à excepção no índice dor corporal, onde as pessoas que indicaram ser religiosas demonstram uma perceção mais negativa da dor associada às suas atividades quotidianas.

Os perfis de saúde previstos no modelo multivariado estão, na sua maioria, de acordo com estudo de QVRS na população portuguesa, onde se constatou que ser mulher com menos de 45 anos de idade, viver em meio rural, trabalhar em atividades do tipo “manual”, sem instrução e que civilmente eram viúvas revelava pior perceção de estado de saúde comparativamente aos homens com a mesma condição (Ferreira 1998).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, sobre o Perfil de Estado de Saúde em Portugal, vieram demonstrar uma relativa concordância com o perfil de perceção de saúde dos nossos

habitantes. Segundo o referido relatório, a perceção de saúde revelou estar mais diminuída em pessoas com mais idade no sexo feminino, nas pessoas com baixa escolaridade e menor rendimento, nos trabalhadores agrícolas ou não qualificados (Robalo, Marques *et al.* 2012_a). O que nos leva a concluir que os nossos resultados refletem determinadas desigualdades sociais e económicas sobre as quais é necessário atuar.

Quanto às *medidas de estado de saúde mental*, constatámos que os preditores exógenos com maior impacto negativo nas várias medidas em análise foram as pessoas que apresentavam ter mais idade, pertencerem ao sexo feminino, baixas habilitações literárias (ensino básico ou menos) comparativamente às pessoas com formação superior. Este indicador de contexto revelou ter maior expressão ao nível da vitalidade e da saúde mental.

As pessoas que se encontravam na condição de viuvez demonstraram maior isolamento social e menor desempenho emocional comparativamente às pessoas que viviam casadas ou em união de facto mas sem expressão ao nível dos índices de vitalidade e bem-estar mental. Os nossos resultados são concordantes com os que foram obtidos por Umberson (2002).

Quanto à religião, verificamos que as pessoas que estavam integradas numa religião mas que não eram praticantes da sua fé (ativas) revelaram maior energia na sua vida diária bem como maior participação social comparativamente às pessoas que indicaram ter uma religião.

Também a área de residência revelou ser preditor da perceção geral de saúde ao nível do índice de vitalidade e o tipo de proprietário em todos os índices de saúde mental. As pessoas que residiam em freguesias de APR e, em especial, que eram proprietárias da sua habitação apresentaram um perfil de saúde significativamente mais diminuído. Quanto à situação profissional observou-se um agravar do perfil de saúde dos habitantes que se encontravam no desemprego ou que eram reformados e as pessoas empregadas com um vínculo laboral precário. Estes resultados estão de acordo com os indicadores (*gradiente social*) responsáveis pelas desigualdades sociais referidas por várias organizações (Marmot, Davey Smith *et al.* 1991; União Europeia 2003; Wilkinson e Marmot 2003; Oyen, Deboosere *et al.* 2010).

Porém, os preditores exógenos que não contribuíram de forma significativa para nenhum dos índices de saúde mental foram as pessoas que tinham como formação habilitacional, o ensino secundário e as pessoas que se encontravam na condição de solteiras.

No que diz respeito aos *Cuidados de Saúde*, a perceção geral de saúde revelou estar significativamente mais diminuída em pessoas que tiveram consulta médica nos últimos três meses e que beneficiaram mais do que uma consulta nesse mesmo período de tempo mas que só procuraram uma instituição de saúde para os seus cuidados médicos e que autodeclararam ter consumido medicamentos receitados pelo médico nas duas últimas semanas. Também ao nível das medidas de estado de saúde mental o perfil de saúde revelou ser semelhante à das medidas

de estado de saúde física. As pessoas que revelaram maior frequência de número de consultas nos últimos 3 meses anteriores à entrevista, mas que só recorreram a uma instituição de saúde, revelaram pior perceção de saúde comparativamente às pessoas que não necessitaram de recorrer ou que recorreram menos vezes ao médico e que tiveram disponibilidade de ir a mais do que uma instituição de saúde para os seus cuidados de saúde. Também com impacto significativo no perfil de saúde mental foram as pessoas que indicaram ter consumido medicamentos receitados pelo médico onde revelaram menor vitalidade e tendencialmente pior função social e bem-estar psicológico.

No que diz respeito aos *comportamentos de saúde*, constatámos que as pessoas que autodeclararam realizar um conjunto de comportamentos mais protetores da sua saúde também apresentam, quanto ao seu perfil, menor função e desempenho físico, maior impacto da dor na sua rotina diária, bem como uma visão menos positiva da sua saúde física e mental. Foram estas mesmas pessoas que significativamente se vacinaram contra a gripe, medem o seu colesterol, realizam alguns exames de rastreio (mama). Também a presença de uma vigilância oral adequada (consulta médica) bem como uma adequada higiene oral foram preditores de melhor saúde percebida quer no âmbito físico quer no âmbito mental.

Quanto ao impacto da *doença crónica* no perfil de saúde dos habitantes de concelho de Coimbra, revelou ser significativamente marcante no agravar da perceção geral de saúde quer ao nível físico quer ao nível mental. As doenças crónicas que mais negativamente marcaram a perceção de saúde foram as doenças reumática, diabetes, hipertensão arterial, doença cardíaca bem como as doenças mentais para além da presença da osteoporose, acidente vascular cerebral, dor e bronquite crónica e ainda a tumor maligno e doenças renais.

A doença crónica, como tem sido referida na literatura, além de estigmatizante para o próprio doente a mesma ou a associação de várias doenças são responsáveis pelo aumento de morbimortalidade a nível global bem como com elevado impacto nos sistemas de saúde de vários países como também limitante na qualidade de vida de cada um (Silveira, Kac *et al.* 2009; WHO 2013).

Também no âmbito dos *índices de saúde* e o seu impacto no perfil de estado de saúde concluímos que as pessoas revelaram uma perceção de saúde bastante mais positiva ao nível das medidas de estado de saúde físicas revelam um maior *controlo interno*, isto é, que o seu comportamento pessoal tem impacto na sua saúde e bem-estar e não tanto o acaso ou sorte, como também revelam que a melhor saúde não depende tanto dos cuidados médicos ou de outros profissionais de saúde (*outros poderosos*).

O locus de controlo da saúde revelou ser um bom índice preditor de resultados de saúde, nomeadamente com a percepção geral de saúde com os indivíduos mais internos com melhor percepção de saúde (Pais Ribeiro 1994; Fuscaldi, Balsanelli *et al.* 2011).

A melhor percepção de estado de saúde dos habitantes do concelho de Coimbra também foi predita por *comportamentos de saúde* (estilos de vida) saudáveis como a prática de atividade físico, práticas adequadas de comportamentos prevenção do risco de acidente ao nível da segurança motorizada apesar de menores cuidados na escolha de alimentos no seu dia-a-dia com especial impacto no desempenho físico e ainda menores comportamentos de autocuidado com expressão ao nível da dor corporal.

Ao nível da *satisfação com a vida*, verificámos que as pessoas que estão mais satisfeitas com a sua condição de saúde e funcionalidade tendem significativamente a revelar uma percepção geral de saúde mais positiva em todos os índices de saúde física apesar de demonstrarem insatisfação noutras áreas da vida como as relações sociais e a situação económica-financeira bem como menor bem-estar psicológico.

No âmbito das *medidas de estado de saúde mental* estas revelaram ser melhor preditas pelas pessoas que assumiram que a sua saúde depende não tanto da ação de pessoas/entidades externas a si (médicos, enfermeiros, etc) nem do acaso (sorte) mas sim da sua atitude e comportamentos para fazer face a eventuais riscos para a sua saúde. Estes dois indicadores em conjunto revelaram especial impacto ao nível do desempenho emocional e saúde mental. Quanto aos *comportamentos de saúde* que mais contribuíram para uma visão positiva da saúde mental foram também as pessoas que revelaram ter por hábito a procura de melhor condição física e maiores cuidados alimentares com especial expressão ao nível dos índices de vitalidade e bem-estar psicológico como também os comportamentos adequados de hábitos de consumo, de dependência e de segurança rodoviária revelaram impacto significativo ao nível da função social e desempenho emocional. Também constatámos que as pessoas que revelam níveis de satisfação com a sua saúde e funcionalidade, mais estáveis psicologicamente, a presença de um bom suporte familiar mas insatisfeitas com a sua condição social e económica predisseram melhores resultados de saúde ao nível das medidas de estado de saúde mental.

No âmbito dos *estilos de vida* que mais contribuíram para o melhor *perfil de saúde ao nível físico* dos habitantes do concelho de Coimbra fora a realização de atividade física, ausência de risco obesidade associado ao indicador perímetro da cintura, que dormiam diariamente entre 7 a 8 horas ou mais, com poucos anos de hábitos tabágicos e manutenção de um comportamento de consumo igual durante todo o dia, que não consumiam álcool, comparativamente aos ex-consumidores e baixa atividade física ao nível laboral. Em parte, os nossos resultados foram apoiados pelo estudo de *Mota et al.*, sobre a atividade física e a sua relação com os benefícios para a saúde. Segundo

os autores, o exercício físico interfere sinergicamente com outros fatores do estilo de vida na promoção da saúde e da qualidade de vida daqueles que praticam (Mota, Oliveira *et al.* 2010).

Quanto ao perfil de estado de saúde mental, este foi também positivamente predito em quase todos os índices pelas pessoas que revelaram realizar atividade física, de apresentarem um IMC de peso normal, e que dormiam 7 a 8 horas por dia ou mais apesar de serem fumadoras ativas mas com poucos anos de hábitos tabágicos e que fumavam mais durante a manhã ou igual durante o decorrer do dia, que consumiam álcool no dia-a-dia ou eram não consumidores face ao ex-consumidores e que realizavam uma baixa atividade física (esforço físico) em meio laboral.

Uma grande parte dos estilos de vida que os nossos habitantes apresentaram como comportamentos protetores da sua saúde vão ao encontro do que a OMS em 2002 definiu ao nível das propostas no Relatório “Reduzindo risco e promovendo uma vida saudável”. A mesma organização enumerou os fatores a serem evitados e que são responsáveis por 1/3 das mortes ao nível global: 1) o sexo não protegido; 2) o consumo de tabaco; 3) o abuso do álcool; 4) a hipertensão; 5) a utilização de água não potável e falta de saneamento básico e de higiene; 6) a sub-alimentação; 7) a obesidade; 8) o fumo de combustíveis sólidos no interior das habitações; 9) a hipercolesterolemia e 10) a deficiência de ferro (WHO 2002_b; Matos 2004; WHOQOL 2004).

Porém as pessoas que revelaram pior perceção de estado de saúde no momento presente eram obesas ou tinham excesso de peso e não praticavam exercício físico. Esta condição de saúde pode ser explicada pelas modificações nos hábitos alimentares, com um tipo de alimentação pré-confecionado ou comidas de fast-food com alimentos ricos em ácidos gordos saturados, menor consumo de hidratos de carbono complexos, excesso de consumo de bebidas açucaradas, carne e ovos (Gouveia, Pereira-da-Silva *et al.* 2007). Também num estudo com a população geral onde avaliaram o IMC e a frequência e tipo de lesão em meio laboral, demonstrou que a alteração dos hábitos alimentares que se correlacionava de forma negativa com a realização de atividade física ao nível laboral (Varo, Martínez-González *et al.* 2003).

Também no estudo de base populacional sobre obesidade na população adulta, se veio a constatar nas pessoas que não praticavam atividade física de forma regular, a probabilidade de risco de se tornarem obesas foi duas vezes maior, comparativamente às pessoas que revelaram ser ativas. Também as pessoas que revelaram ter uma ingestão alimentar excessiva apresentaram um risco de obesidade três vezes maior do que as pessoas com uma ingestão equilibrada. Ainda nesta condição sobre a presença de pessoas obesas, a maioria destas tinham problemas de saúde e com menor expressão em pessoas com peso normal (Sarturi, Neves *et al.* 2010).

Também tendo por base o estudo longitudinal de *Alameda County* (Califórnia), demonstrou-se que ao nível das práticas individuais de saúde, que incluíram hábitos tabágicos, IMC, Horas de sono, Bebidas, Regularidade de Refeições e Atividades física em pessoas com 45 ou mais anos

revelaram ser preditores de pior condição de saúde e de elevado risco de mortalidade. Os estudos com os dados resultantes desta vigilância temporal têm também demonstrado que quanto maior número de estilos de vida saudáveis menor era o risco de morte acumulado no futuro (Belloc e Breslow 1972; Belloc 2004; Breslow e Enstrom 2004). O risco de Morte com base nas práticas individuais de saúde revelou estar significativamente aumentado na presença dos seguintes hábitos: o consumo excessivo de álcool, fumar cigarros, ser obeso, dormir menos ou mais do que 7-8 horas, com muito pouca atividade física, comer entre as refeições e não comer o pequeno-almoço (Breslow e Breslow 2002).

Também um estudo semelhante desenvolvido na Europa, em especial na Noruega, determinou que o risco de morte mais elevado dependia de determinados comportamentos de saúde que as pessoas desenvolviam. Neste estudo, os comportamentos que foram controlados foram tabagismo, atividade física, frequência de álcool e de frutas / hortaliças e consumo diário de pão e de batata numa amostra de 10.187 indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 74 anos acompanhados durante 9 anos e que também constataram que as melhores práticas de saúde identificadas anteriormente apresentam um menor risco de morte associado a determinadas doenças crónicas e outros motivos (Rotevatn, Akslen *et al.* 2004).

Podemos então concluir, que melhores estilos de vida com a adoção de uma alimentação mais saudável, prática de atividade física de forma regular, que não fume, que bebe com moderação entre outros fatores são preditores de melhor qualidade de vida e menor risco de doenças crónicas no futuro (Wetzler e Cruess 1985; McLellan, Barbalho *et al.* 2007; Cavalcanti, Gonçalves *et al.* 2010; WHO 2013).

3.5 – Impacto dos Indicadores e Determinantes de Saúde da adolescência e sua relação na estimação de Perfis de Saúde (Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde) na Vida Adulta

Quanto às *caraterísticas biográficas* dos nossos inquiridos referentes ao período da adolescência, verificámos que a maioria destes indicou que a sua *área de residência* atual (freguesia) seria a mesma que no período da sua adolescência (58,3%). Das 500 pessoas que indicaram não pertencer à mesma freguesia, 89% eram residentes noutras freguesias fora do concelho de Coimbra. Constatámos que as pessoas que indicaram que a sua residência na adolescência não era a mesma que a do momento presente, 49,4% indicaram ter vivido noutra freguesia do concelho de Coimbra. No que diz respeito ao tipo de família de origem, 63,35% das pessoas estiveram integradas numa família nuclear e 28,42% eram de origem de famílias alargadas.

Quanto à *frequência do ensino* no período da adolescência, a maioria (60,3%) continuou os estudos acima dos 16 anos e 39,7% só o fizeram até aos 15 anos de idade. No entanto, 4% dos nossos inquiridos só estudaram até aos 9 anos de idade inclusive. Dos 39,7% das pessoas que estudaram até aos 15 anos de idade, maioria destes eram do sexo feminino. No entanto, durante o período dos estudos na adolescência, 20,4% trabalhava e estudava ao mesmo tempo.

510 Também constatámos que 50,6% das pessoas deixou de estudar ainda no período da adolescência e maioria destas pessoas eram do sexo feminino (58,7%). Porém, 23,9% regressou ao ensino mais tarde para completar as suas habilitações e maioria destas eram do sexo feminino. Quanto ao número de anos que ainda estudaram 47,6% estudaram 1 a 2 anos e 27,3% entre 3 a 4 anos. O regresso ao ensino permitiu que 85,3% das pessoas viessem a adquirir a habilitação atual.

No entanto, os motivos que mais prevaleceram para se concretizar o abandono de ensino foi a necessidade de trabalhar para ajudar em casa (60,2%) e um desinteresse pela escola (16,3%).

Quanto à religião, a maioria diz já estar integrado na adolescência e aquela com maior expressão foi a religião “*Católica/Apostólica*”. Quanto à participação na celebração de culto (festas religiosas, sessões, missas, etc.) na adolescência, 79,9% indicaram participar ativamente e 53,6% integraram grupos de catequese quer enquanto catequistas quer na condição de catecandos.

Quanto às *atividades de lazer*, as que mais gostavam de realizar era *conversar com os seus pares, familiares e vizinhança*, seguido de *passar ao ar livre* como também *ver televisão e ler*. No que diz respeito às atividades recreativas e socioculturais em que as pessoas apontaram realizar na sua adolescência foram: participação no “*clube de desporto*”, “*associações recreativas*”, “*associações de estudantes*” e “*agrupamentos de escuteiros*”. Nas organizações socioculturais 82,11% teve um papel de participante e 9,3% foram dirigentes associativos.

No âmbito da *atividade laboral e doméstica*, 53,1% trabalhou no período da adolescência e este comportamento foi semelhante quer em homens quer em mulheres. Por outro lado 64,1% iniciaram a trabalhar com menos de 16 anos de idade e 5% iniciaram a trabalhar com menos de 10 anos de idade. Quanto à remuneração associada à atividade laboral, 86% indicou que a sua atividade era paga e 60,6% indicou que esta mesma atividade era a tempo integral com maior expressão no grupo feminino. Quanto às atividades domésticas, a maioria das pessoas ajudavam em casa e/ou na quinta (67,3%) e as atividades mais apontadas foram cozinhar, lavar a louça, passar a ferro, cuidar de familiares, etc.

Ao nível dos *estilos de vida* durante o período da adolescência, 66,7% das pessoas teriam iniciado o consumo de tabaco nesta etapa da vida e a maioria destes eram do sexo masculino. O fator adolescência é determinante para o início do consumo de tabaco. Esta relação revelou consistência num estudo realizado em fumadores numa consulta de cessação tabágica (Lisboa) onde a maioria dos consumidores referiu ter iniciado o consumo entre os 15 e 16 anos de idade, sendo mais cedo no grupo masculino do que no grupo feminino (Rebelo 2008). Porém, a idade média de início de consumo segundo as estatísticas do INS de 2005-2006 foi de 17 anos para o grupo feminino e 18 anos para o grupo masculino (INE e INSA 2009; Machado, Nicolau *et al.* 2009; INE 2012).

Os nossos resultados também foram concordantes com os resultados estimados no III Inquérito Nacional sobre o consumo de substâncias psicoativas na população geral em 2012, em que os fumadores indicaram ter iniciado o consumo de tabaco entre os 12 e os 20 anos (Balsa, Vital *et al.* 2014). Também o Relatório do Tabaco no que diz respeito à “Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2014 apresenta resultados concordantes com os nossos (Nunes, Narigão *et al.* 2014).

Quanto ao início do consumo, uma grande parte dos nossos inquiridos indicou ter ocorrido entre amigos (48,8%) e familiares (37,3%). Esta informação vai ao encontro dos resultados estimados em 2012 referentes ao III Inquérito Nacional sobre o consumo de substâncias psicoativas onde a maior frequência de respostas foram a influência a influência dos amigos (44,9%), a curiosidade/vontade de experimentar (43,8%) e os momentos festivos (8,7%) (Balsa, Vital *et al.* 2014; Nunes, Narigão *et al.* 2014).

No entanto, os nossos inquiridos apontaram que o consumo na adolescência seria do tipo ocasional (99,7%). Quanto ao número de anos de consumo de tabaco desde a adolescência até à atualidade, 59,3% indicaram ter fumado à 21 ou mais anos e a maioria destes fumadores ou ex-fumadores eram do sexo masculino (73,2%). Quanto aos motivos mais apontados para iniciar o consumo de tabaco na adolescência foram os amigos e familiares. Também os nossos resultados vão ao encontro do Relatório de “Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2014 onde

apontam para além dos amigos acrescentam a curiosidade e a vontade de experimentar (Nunes, Narigão *et al.* 2014).

Quanto aos *hábitos alimentares* na adolescência 93,2% indicaram uma rotina de 3 a 5 refeições diárias e a maioria assumiu uma alimentação do tipo mediterrânea. No âmbito do *consumo de álcool* 68,4% assumiu ter iniciado o consumo na adolescência e mais uma vez a maioria desses consumidores eram do sexo masculino (77,7%). Quanto aos motivos mais apontados para iniciar a experiência do consumo foram a “*curiosidade*”, “*amigos, colegas e vizinhos*” e ainda por “*querer ser adulto*”. Também as circunstâncias mais referidas para o início do consumo de álcool foram “*festas de amigos, colegas e vizinhos*” e “*festas em família*”. Quanto ao local de consumo da 1.^a experiência com álcool a maioria das respostas incidiram na “*própria casa*” ou “*casa de amigos, colegas ou vizinhos*”. As bebidas mais procuradas no período da adolescência para consumo foram a *cerveja e vinho*.

Quanto à *prática de atividade física* no período da adolescência, 46,4% tinham hábito de realizar exercício físico. Se olharmos à prática desportiva dentro da escola a proporção foi substancialmente maior (89,2%). Quanto ao tipo de atividade, 83,2% indicaram fazê-lo de forma amadora. Quanto à inatividade física, os nossos valores foram ainda superiores ao do estudo de campo realizado no concelho de Lisboa em jovens adolescentes entre os 11 e os 17 anos onde revelaram uma prevalência de 33,5% de inatividade física. Este estudo confirmou aproximadamente a mesma prevalência dos resultados anteriormente estimados no nosso estudo (Gouveia, Pereira-da-Silva *et al.* 2007).

Porém, quanto ao motivo para a não prática de exercício no período em estudo uma grande parte das respostas recaiu sobre a “*falta de motivação*”, de “*não gostar de praticar*” e ainda pela “*ignorância dos benefícios*” que a mesma prática poderia trazer ao nível da saúde. Estes motivos foram maioritariamente apontados pelo grupo do sexo feminino.

Quando abordámos a avaliação do impacto dos *indicadores de contexto* referentes ao período da adolescência de forma individual na perceção geral de saúde no momento presente verificamos que as pessoas que indicaram ter a mesma *área de residência* (freguesia) desde o período da adolescência até ao momento presente, revelaram uma perceção geral de saúde ao nível da saúde mental francamente melhores face às pessoas que indicaram que a sua residência atual não era a mesma. No âmbito das medidas físicas, à exceção do índice saúde em geral, não se observaram diferenças significativas em função da origem da residência no período de vida em análise.

Quando avaliámos as respostas das pessoas se a residência no período da adolescência era em Portugal ou num país estrangeiro e o impacto na perceção geral de saúde atual, não se observaram diferenças entre os grupos em si.

Quanto à *família de origem* esta revelou um impacto significativo na percepção de estado de saúde no momento presente. As pessoas de origem familiar do tipo nuclear auto-percecionam um melhor bem-estar geral na maioria dos índices de saúde comparativamente às pessoas que vieram de famílias do tipo “alargadas”. Mas as primeiras não se diferenciaram, em média, quanto às pessoas de famílias monoparentais.

Também verificámos que as pessoas autodeclararam ter um passado de integração na religião apresentaram no momento presente uma percepção ligeiramente mais positiva de saúde face às que indicaram não terem estado integradas, no entanto essas diferenças na maioria dos índices de saúde não foram significativos. Contudo, as pessoas que indicaram estar integradas religiosamente no período da adolescência mas que não tinham uma participação ativa na vida religiosa (integração/participação em festas, viagens de cariz religioso, catequese, etc.,) demonstraram uma percepção geral de saúde no momento presente mais positiva quer ao nível físico quer ao nível mental face às pessoas com um histórico de participação nesse mesmo período de vida.

Procurámos avaliar se as pessoas que estavam integradas numa religião na adolescência prediziam melhores resultados de saúde (QVRS) quando as pessoas continuavam com o mesmo perfil religioso. Porém, não se registou um efeito de interação entre o passado religioso (adolescência) e a QVRS (MESF) moderada pela pertença ou não numa religião no momento presente.

Porém, as pessoas que não estavam integradas religiosamente na adolescência e que na atualidade mantêm essa condição expressaram, em média, melhores resultados de saúde, à exceção do índice de saúde em geral, face às pessoas que no passado estiveram integradas e que no atualmente momento não estão. Também não foi diferenciadora a auto-percepção de saúde em pessoas que atualmente assumem estar integradas religiosamente e possam ter estado no passado ou não integradas numa religião.

Quanto às MESM registou-se um efeito significativo entre o histórico de religião no período da adolescência moderado pelo comportamento religioso no momento presente. As pessoas que já tinham e mantiveram-se integradas na religião até aos dias de hoje revelaram uma melhor percepção de saúde associada as relações sociais mais fortes e com melhor desempenho emocional com a comunidade comparativamente às pessoas que não tiveram um histórico de integração mas que atualmente manifestaram estar integradas na religião. Este padrão foi constante, apesar de não ser significativo, nos restantes índices de saúde mental.

Perfil oposto, verificou-se em pessoas que, no presente, *não estão integradas numa religião*. As pessoas que nunca estiveram integradas na religião no período da adolescência e que mantêm esta condição no presente revelam maiores níveis de função e desempenho emocional

comparativamente às pessoas que no seu passado estiveram integradas e abandonaram essa posição no presente.

Ao nível das *atividade de lazer*, verificámos que as pessoas que participavam em várias atividades de lazer no período da adolescência demonstraram uma perceção de saúde subjetiva (física e mental) bastante melhor no momento presente comparativamente às pessoas que tiveram uma menor participação de atividades no período em referência.

Também no âmbito das *atividades socio-recreativas* concluímos que as pessoas que autodeclararam ter integrado e participado na adolescência nessas mesmas atividades revelaram no momento presente índices de saúde tendencialmente melhores, em especial ao nível das medidas de saúde físicas, face às pessoas que indicaram não terem integrado ou participado no passado. Também quanto maior a frequência de participação em entidades socio-recreativas no período da adolescência verificou-se por parte dos nossos inquiridos melhor perceção de estado de saúde em geral (MESF) face às pessoas que indicaram não participar. Padrão relativamente semelhante, mas pouco diferenciador, ocorreu ao nível das medidas de estado de saúde mental.

No entanto, não se observaram diferenças de perceção geral de saúde associado ao tipo de participante em *atividades socio-recreativas*. Contudo, em média, as pessoas que foram dirigentes/responsáveis por *grupos recreativos* ou *associações* revelaram no momento presente uma melhor perceção de saúde (mais energia, maior integração social e desempenho emocional e bem-estar psicológico) comparativamente às pessoas que só tiveram um papel de participante/militante no período da adolescência.

514

Ao avaliarmos o impacto da participação dos nossos habitantes em *atividades laborais* no período da adolescência na perceção geral de saúde no momento presente, concluímos que as pessoas que necessitaram de enveredar pelo mercado de trabalho ainda no período em estudo são as mesmas que atualmente apresentam pior perceção de saúde ao nível físico comparativamente às pessoas que só o fizeram após os 18 anos de idade. No entanto, ao nível mental essas diferenças não se evidenciaram significativamente.

Também quando avaliámos as *idades das pessoas que indicaram ter iniciado a sua vida no mercado de trabalho* no período da adolescência e o seu impacto na perceção subjetiva da saúde no momento presente, verificamos de forma significativa quer ao nível das medidas físicas quer ao nível das medidas de saúde mental, que as pessoas que que iniciaram mais cedo a atividade laboral (<13 anos) apresentavam na atualidade menor saúde percebida comparativamente às pessoas que iniciaram mais tarde (≥ 16 anos).

Por outro lado, as pessoas que iniciaram a trabalhar na adolescência e que essa atividade era de *tempo integral* apresentaram, em média, uma auto-perceção de saúde mais diminuída no momento presente comparativamente às pessoas que indicaram ter trabalhado de forma sazonal.

Propusemos também compreender o *efeito de interação* entre o *tipo de ocupação laboral* (tempo) e a *idade de início na inserção no mercado de trabalho* na adolescência e concluímos que o tipo de ocupação laboral na adolescência combinado (moderado) com a idade de início da atividade laboral produziu um efeito sobre a saúde no momento presente dos habitantes do concelho de Coimbra. Os índices físicos onde revelaram sofrer maior impacto associados aos fatores anteriores foram o desempenho físico e a dor corporal e que concluímos que as pessoas que tinham integrado o mercado de trabalho como atividade integral revelam pior condição de saúde nas diferentes faixas de idade em estudo face às pessoas que realizavam a atividade laboral de forma sazonal. No entanto, estas diferenças vão se atenuando conforme as pessoas indicaram terem ingressado no mercado de trabalho mais tarde. Este padrão também foi semelhante nos restantes índices físicos apesar das diferenças não se revelarem de forma significativa. Quanto às medidas de estado de saúde mental também constatamos o mesmo padrão que as medidas físicas mas sem efeitos combinados significativos.

Perfil semelhante ocorreu ao nível das atividades domésticas na adolescência. Os inquiridos com uma participação ativa nas atividades domésticas (ajudar no trabalho do campo, limpeza da casa, cuidar dos familiares, etc.) apresentaram na atualidade uma visão subjetiva da sua saúde pior comparativamente às pessoas que indicaram não terem necessitado de se expor às responsabilidades anteriormente referidas.

Ainda sobre a participação em atividades laborais domésticas procuramos avaliar o impacto da frequência de atividades (classes) na auto-perceção de saúde no momento presente e concluímos que quanto maior fosse as responsabilidades e tarefas desempenhadas no período em estudo também são hoje as pessoas que mais negativamente classificam a sua saúde quer física quer mentalmente.

No que diz respeito ao *ensino e o abandono* deste no período da adolescência e o seu impacto na auto-perceção subjetiva de saúde no momento presente foi bastante conclusiva. As pessoas que deixaram de estudar mais cedo nesta fase da vida revelaram um agravamento da sua perceção de saúde subjetiva no momento presente quer ao nível físico quer ao nível mental.

Procurámos ainda compreender se o abandono do ensino na adolescência poderia revelar um impacto distinto na auto-perceção de saúde comparativamente às pessoas que só deixaram de estudar após o período da adolescência. Verificamos que as pessoas que deixaram de estudar na adolescência revelaram estar no momento presente pior condição de saúde auto-percecionada comparativamente às pessoas que prosseguiram com os seus estudos.

Também as pessoas que durante a frequência do ensino trabalhavam e estudavam ao mesmo tempo revelaram uma pior perceção de saúde no momento presente, comparativamente às pessoas que não o fizeram, apesar das diferenças não terem sido significativas. Padrão semelhante ocorreu

nos habitantes que deixaram de estudar no período da adolescência ou as que não abandonaram o ensino nessa fase.

Também procuramos explorar se o *regresso ao ensino*, de forma geral, poderia produzir impacto significativo na percepção geral de saúde no momento presente. Concluímos que esse regresso não produziu diferenças médias entre os grupos, isto é, as pessoas que voltaram a estudar mais tarde revelaram um padrão de percepção de saúde semelhante face às pessoas que não o fizeram. No entanto, quando controlámos o período de vida em que se deu o regresso, constatámos de forma significativa na maioria dos índices de saúde, que as pessoas que regressaram aos estudo na vida adulta revelaram melhor percepção de saúde no momento atual comparativamente às pessoas que indicaram que o regresso ao ensino ainda se dera no período da adolescência.

No entanto o *número de anos* que as pessoas estudaram após o regresso ao ensino não revelou impacto significativo na percepção geral de saúde dos nossos habitantes. Porém, a grande maioria das medidas de saúde revelaram ser mais elevadas em pessoas que estudaram 5 ou mais anos comparativamente às pessoas que só estudaram 1 a 2 anos.

Perante estes resultados, procurámos avaliar a presença de um *efeito de interação* entre o regresso ao ensino (adolescência/adulto) e o número de anos de estudo após o regresso. Observou-se um efeito de interação significativo do período de vida do regresso ao ensino sobre as MESF moderado pelos anos de estudo associado ao regresso ao ensino. Concluímos que as pessoas que regressaram já na vida adulta ao ensino apresentaram uma percepção de saúde mais positiva no momento presente em todos os índices de saúde física e mental comparativamente às pessoas que o fizeram ainda na adolescência. Estes resultados foram constantes em todas as classes de anos de estudo avaliados. Estas diferenças revelaram estar presentes, com maior expressão significativa ao nível da dor corporal e da função social.

Propusemos também explorar o *efeito de interação* entre o *regresso ao ensino* (adolescência/adulto) e a *idade de início da atividade no mercado de trabalho* na percepção geral de saúde no momento presente. Também observamos um efeito de interação entre o regresso ao ensino sobre as MESF moderada pela idade de início de atividade laboral. Constatámos um agravamento da percepção subjetiva da saúde dos inquiridos que indicaram ter regressado ao ensino ainda na adolescência comparativamente aos que o fizeram já na vida adulta quando ambos os grupos abandonaram os estudos com menos de 13 anos e entre os 13 e os 15 anos de idade. Este perfil de saúde ocorreu de forma semelhante em todos os índices de saúde física com especial impacto na função e desempenho físico. No entanto, as pessoas que regressaram ao ensino em adulto mas que tinham abandonado os estudos inicialmente com 16 ou mais anos de idade revelaram pior percepção de saúde na maioria dos índices, à exceção do índice saúde em geral,

face às pessoas que regressaram aos estudos ainda na adolescência mas com a mesma idade de abandono do ensino do primeiro grupo.

Quanto às medidas de estado de saúde mental o efeito de interação (moderação) revelou ser significativo ao nível dos índices de desempenho emocional e saúde mental. As pessoas que indicaram ter regressado ao ensino já na vida adulta e que iniciaram a atividade laboral com 13 e 15 anos de idade expressaram um melhor desempenho emocional nas tarefas e relações que estabelece no quotidiano e com melhor bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que regressaram ao ensino ainda em adolescente e que ingressaram no mercado de trabalho com a mesma idade que as pessoas do primeiro grupo.

Nesta fase da nossa investigação também procurámos compreender como determinados comportamentos e estilos de vida (hábitos tabágicos, frequência de refeições, consumo de álcool e prática de atividade física) preconizados na adolescência e que possam ter continuidade no momento presente poderiam ter impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde na atualidade.

No que diz respeito aos *hábitos tabágicos*, constatámos que as pessoas que iniciaram o consumo de tabaco de forma ocasional na adolescência autodeclararam uma perceção de saúde subjetiva ligeiramente superior às pessoas que indicaram ter iniciado o consumo em adulto. Quando avaliamos temporalmente os hábitos de consumo de tabaco entre a adolescência e a vida adulta não se registou uma associação significativa do comportamento de consumo, isto é, as pessoas que iniciaram a fumar na adolescência 61,0% é atualmente fumadora, e em contraste as pessoas que indicaram ter iniciado o consumo em adulto 57% mantém o mesmo comportamento.

No entanto, constatámos um agravamento da perceção de saúde (física) em pessoas que indicaram ter iniciado o consumo em adulto como na adolescência quando estávamos perante pessoas que fumavam à 21 anos ou mais comparativamente a pessoas com menos anos de consumo. Perfil semelhante ocorreu em pessoas que atualmente fumam ou que são ex-fumadoras. As pessoas que fumam à mais anos tendem a revelar pior perceção de saúde subjetiva face às pessoas com menos anos de hábitos tabágicos e o mesmo padrão ocorrera em pessoas ex-fumadoras.

Ao nível das medidas de estado de saúde mental o agravamento da perceção de saúde subjetiva foi significativamente maior nas que iniciaram o consumo de tabaco na vida adulta e em pessoas ex-fumadoras com mais de 20 anos de consumo de tabaco comparativamente às pessoas com menos anos de consumo quer tenham iniciado na vida adulta quer sejam atualmente ex-fumadoras. No entanto as pessoas que iniciaram os seus hábitos tabágicos na adolescência ou que sejam fumadores no momento presente não revelaram diferenças médias significativas entre o número de anos de consumo de tabaco.

Perante os resultados anteriores, procurámos estabelecer um efeito de interação entre o início do consumo de tabaco (adolescência/adulto) e os hábitos tabágicos no momento presente em função do número de anos de consumo. Verificou-se um efeito combinado significativo dos três fatores principais na quase totalidade dos índices de perceção de saúde (física e mental) dos habitantes em estudo. Concluimos que o número de anos de consumo revelou ter impacto negativo na saúde tanto nas pessoas que indicaram ter iniciado o consumo na adolescência ou na vida adulta e que atualmente são fumadoras ou ex-fumadoras, isto é, as pessoas que fumam à mais anos e que tenham iniciado na adolescência ou na vida adulta o consumo de tabaco e que hoje são fumadoras revelam pior perceção de saúde comparativamente às pessoas com o mesmo perfil de hábitos mas com menos anos de consumo. Também se verificou o mesmo padrão de saúde em pessoas que teriam iniciado o consumo na adolescência ou na vida adulta e que atualmente são ex-fumadoras.

Também é de realçar que os ex-fumadores revelaram quer ao nível físico quer ao nível mental significativamente piores resultados de perceção de estado de saúde comparativamente aos fumadores ativos.

Quanto aos *hábitos alimentares*, as pessoas que autodeclaram o hábito de praticar 3 ou mais refeições por dia no período da adolescência revelaram uma perceção de saúde subjetiva significativamente melhor no momento presente comparativamente às pessoas que indicaram ter por hábito nesse mesmo período de vida menos refeições por dia.

518

Registou-se uma alteração dos hábitos alimentares quanto à frequência de refeições principais no dia-a-dia entre o período da adolescência e a vida adulta (momento presente) mas não significativamente. As pessoas que indicaram que adolescência consumiam menos de três refeições principais por dia 68,3% passaram a uma frequência de três ou mais refeições por dia e 97,4% manteve a mesma frequência de refeições diárias (≥ 3).

Propusemos avaliar o *efeito combinado* entre a *frequência de refeições por dia* quer no *período da adolescência* quer na *vida adulta* e o impacto destes na perceção de estado de saúde física e mental da população inquirida mas veio a revelar ausência de um efeito de interação significativo na perceção de saúde subjetiva. Concluimos que o tipo de prática alimentar (frequência) no período da adolescência, com efeito moderador (prática alimentar – frequência no presente) não interferiu com a perceção de saúde subjetiva da população em estudo.

Quanto aos *hábitos de consumo de álcool* entre as pessoas que iniciaram ainda na adolescência ou já em adulto, contactámos uma visão de saúde mais positiva, na maioria dos índices, em pessoas que indicaram ter iniciado na adolescência face às pessoas que indicaram ter iniciado na vida adulta. Quanto aos hábitos de consumo entre as duas fases da vida em análise, constatámos uma associação significativa, isto é, as pessoas que declararam ter iniciado o consumo ainda na

adolescência 90,8% é atualmente consumidora. Padrão semelhante ocorreu também em pessoas que iniciaram o respetivo consumo em adulto e que o mantêm também (96,8%).

Propusemos de seguida avaliar o *efeito combinado do início de consumo de álcool* (adolescência/adulto) e o respetivo *número de anos de consumo* (tanto consumidores como ex-consumidores) na perceção geral de saúde. No que diz respeito às medidas de estado de saúde físicas não se registou um efeito de interação significativo. Concluímos que o tipo de consumidor na adolescência não produziu um efeito significativo sobre as MESF quando propusemos como moderador do efeito os hábitos de consumo na vida adulta. No entanto, segundo o design fatorial constatamos que em média as pessoas com menos anos de consumo (<20 anos) e que tenham iniciado o consumo em adulto revelaram uma perceção de saúde subjectiva ligeiramente superior face às pessoas que indicaram ter iniciado o consumo na adolescência. Porém, as pessoas com mais anos de consumo ([20-30[anos e ≥ 30 anos) e que tenham iniciado na adolescência apresentaram uma perceção de saúde mais positiva do que as pessoas que tenham iniciado o consumo em adulto com o mesmo número de anos de consumo.

Ao nível dos anos de consumo (efeito principal) constatámos que as pessoas consumidoras ou ex-consumidoras que apresentaram entre 20 a 29 anos inclusive revelaram melhores resultados de saúde face às pessoas com mais de 30 anos inclusive, bem como das pessoas com menos anos de consumo (<20 anos).

Quanto às MESM também não se registou um efeito de interação entre o consumo na adolescência/adulto (início) e o número de anos de consumo revelou um comportamento semelhante às MESF. No entanto, podemos concluir, segundo as médias ponderadas pelo design fatorial, que as pessoas que iniciaram o consumo no período da adolescência revelaram sempre melhores resultados de saúde percebida comparativamente às pessoas que iniciaram em adulto em cada classe de anos de consumo. Quanto ao efeito principal anos de consumo, verificou-se o mesmo padrão de perceção registado ao nível das medidas de estado de saúde físicas.

Exploramos ainda o impacto (interação) sobre a perceção geral de saúde em função do *início do consumo de álcool* (adolescência/adulto) por idade (anos) e concluímos que também os efeitos combinados não explicaram a variabilidade média de perceção geral de saúde quer física quer mental dos habitantes do concelho de Coimbra. Concluímos que o tipo de consumidor no passado e a idade (anos) que os inquiridos apresentam na vida adulta (variável moderadora) não revelaram impacto nas MESF. No entanto, não podemos deixar de concluir, segundo o *design fatorial das medidas físicas* que as pessoas que iniciaram o consumo de álcool na adolescência e que se encontram na faixa etária dos [35-45[anos de idade revelam uma perceção mais positiva da sua saúde na totalidade dos índices comparativamente às pessoas que iniciaram o respetivo consumo

em adulto. Padrão semelhante ocorreu ao nível dos índices desempenho físico e dor corporal nas restantes classes de idade.

No entanto, as pessoas que iniciaram o consumo na adolescência ou na vida adulta revelaram uma percepção homogénea de saúde subjetiva ao nível da função física quando tinham 45 ou mais anos de idade. O mesmo já não aconteceu a partir desta idade ao nível do índice Saúde em Geral, em que as pessoas que iniciaram o consumo já em adulto revelaram em média uma percepção de saúde melhor, comparativamente aos que iniciaram na adolescência.

No que diz respeito às MESM, também não se registou um efeito de interação significativo. No entanto, segundo o design fatorial com médias ponderadas, as pessoas que iniciaram o consumo de álcool no período da adolescência revelaram em todas ou quase todas as classes de idade maior energia e função social comparativamente às pessoas que só teriam iniciado o consumo em adulto. Quanto ao desempenho emocional as pessoas que revelaram ter iniciado o consumo de álcool em adulto e que tenham 54 anos ou menos apresentaram melhores resultados comparativamente às pessoas que iniciaram na adolescência. Porém, a partir dos 55 anos esta percepção inverteu-se, isto é, as pessoas que teriam iniciado na adolescência o consumo revelaram melhor bem-estar emocional comparativamente às pessoas que indicaram ter consumido álcool a partir da idade adulta. A saúde mental, enquanto índice revelou ausência de padrão entre os grupos em estudo.

520 Quanto aos *hábitos de prática de atividade física*, no período da adolescência e o seu impacto na percepção geral de saúde na vida adulta revelou ser significativamente superior quer ao nível físico, quer ao nível mental, face às pessoas que não tinham por hábito realizar exercício físico.

No que diz respeito à prática de desporto ou exercício físico na adolescência e a sua continuidade ou não na vida adulta revelou uma alteração significativa, isto é, observou-se uma redução dos hábitos de prática de atividade física do passado para o presente. As pessoas que indicaram realizar atividade física e desporto na adolescência 55,9% já não faz na vida adulta e as pessoas que não tinham por hábito praticar no passado só 13,9% é que fazem no momento presente.

Vários são os estudos em que se observou um aumento da prevalência de pessoas que em adultas se tornaram sedentárias (inativas) comparativamente ao seu período da adolescência. Registou-se uma forte alteração dos hábitos de atividade física entre esses dois momentos de vida (Malina 2001; Alves, Montenegro *et al.* 2005).

Este padrão de menor número de pessoas que realizam atividade física em adulto revela ser concordante com a não realização de atividade física regular na adolescência. As pessoas que não tinham por hábito realizar na adolescência tendem a manter essa condição de inatividade em adulto, o que é confirmado em vários estudos publicados sobre este tipo de perfil (Alves, Montenegro *et al.* 2005). Trabalhos desenvolvidos no âmbito da atividade física em jovens, adolescentes e em adultos sobre a continuidade de prática de atividade física ao longo da vida os

resultados têm demonstrado baixa concordância na manutenção desses comportamentos ao longo da vida (Seefeldt, Malina *et al.* 2002; Kvaavik, Tell *et al.* 2003).

Propusemos explorar a *interação dos efeitos principais idade, atividade física na adolescência e atividade física em adulto* sobre a percepção geral de saúde quer física quer mentalmente dos habitantes em estudo.

Os três efeitos combinados revelaram um impacto de interação significativo aos nível das medidas físicas. As pessoas com 35 e 44 anos que já tinham por hábito praticar atividade física na adolescência e que mantêm esse comportamento no momento presente revelaram melhor condição de saúde ao nível da função e desempenho físico bem como menor impacto da dor corporal face às pessoas que nunca fizeram no passado mas que fazem agora no presente. Padrão semelhante ocorreu em pessoas com 45 e os 54 anos ao nível dos índice função e desempenho físico. No entanto, constatámos que o padrão veio a alterar-se, isto é, as pessoas com 55 ou mais anos de idade que não tinham por hábito realizar atividade física ou desportiva na adolescência mas que no momento presente, já realizam exercício físico revelam melhor percepção de saúde em geral comparativamente às pessoas da mesma idade e com histórico de realização de atividade física e que a mantêm no momento presente.

Quanto ao grupo de pessoas que atualmente não realizam atividade física mas que tinham por hábito realizá-la no período da adolescência, manifestaram, na maioria dos índices e nas diferentes classes de idades uma percepção geral de saúde ao nível físico bastante mais positiva, comparativamente às pessoas que nunca realizaram atividade física na adolescência e que mantêm esse comportamento no momento atual.

Também se registou um *efeito de interação* significativo ao nível das medidas de saúde físicas entre os efeitos principais *prática de atividade física na adolescência e na vida adulta* em especial e de forma significativa ao nível da função e do desempenho físico. As pessoas que revelaram realizar atividade física na adolescência e que mantêm esses mesmos hábitos na vida adulta revelaram, na maioria dos índices melhor satisfação com a sua saúde comparativamente às pessoas que não têm histórico de prática mas que passaram a fazer atividade física no presente. Também as pessoas que no momento presente não realizam qualquer tipo de atividade física mas que já o faziam na adolescência apresentaram melhor percepção de saúde na totalidade dos índices comparativamente às pessoas que não têm histórico de prática e que atualmente também não fazem nada.

Quanto às medidas de estado de saúde mental também constatamos um efeito de interação significativo com base nos três efeitos principais anteriormente referidos. Constatámos que as pessoas com 45 ou mais anos de idade que não tinham por hábito a prática de atividade física na adolescência mas que passaram a realizá-la na vida adulta apresentaram maior energia no seu dia-

a-dia, maior estabilidade e apoio social, melhor desempenho emocional e bem-estar psicológico comparativamente às pessoas que já realizavam atividade física na adolescência e que mantêm o mesmo comportamento no momento presente à exceção das pessoas com 35 e 44 anos de idade.

Quanto às pessoas que atualmente não realizam atividade física mas que no período da adolescência já tinham esse hábito revelaram uma perceção de bem-estar psicológico e de energia mais elevados comparativamente às pessoas que não tinham por hábito realizar no passado e no momento presente também não têm. Este perfil foi relativamente semelhante ao nível do desempenho emocional a partir dos 65 anos de idade e pouco diferenciador nas restantes classes de idade. Contudo, não se registou efeito de interação significativo entre os efeitos principais com a prática de exercício físico na adolescência e na vida adulta sobre a saúde percebida ao nível mental.

Perante os resultados anteriormente apresentados procuramos modelar hierarquicamente os *preditores de contexto*, referentes ao período da adolescência, que melhor definissem um perfil de saúde subjectivo dos habitantes do concelho de Coimbra chegamos à conclusão que: as pessoas com menor participação em atividades de lazer, mas ativas religiosamente, que ingressaram no mercado de trabalho, e que essa atividade era tempo integral, com responsabilidades nas várias tarefas domésticas, que abandonaram o ensino mais precocemente e que regressaram aos estudos ainda na adolescência revelaram piores resultados de saúde no momento presente na maioria dos índices de saúde física e mental.

À semelhança do que apresentamos nos indicadores de contexto também o fizemos para os estilos de vida referentes ao período da adolescência. Constatamos que as pessoas que tinham por hábito a realização de atividade física na adolescência e que iniciaram, de forma ocasional, o consumo de tabaco, apresentam melhores resultados de saúde na maioria dos índices. Ao nível do desempenho físico este também foi significativamente predito pelos estilos de vida referidos anteriormente acrescentando a ausência de consumo de álcool.

Quanto às *medidas de estado de saúde mental*, as pessoas que realizavam na adolescência a prática de atividade física quer em grupo quer individualmente, apesar de iniciado o consumo ocasional de tabaco apresentam, no presente, uma melhor condição de saúde mental em relação aos índices de *desempenho emocional e vitalidade*. Quanto aos índices função social e saúde mental, concluímos que as pessoas que revelam no momento presente uma perceção mais positiva da função social e bem-estar mental tinham por hábito realizar 3 ou mais refeições principais na adolescência, apesar de iniciarem os hábitos tabágicos de forma ocasional e ainda tinham por hábito a prática de atividade física com especial impacto no índice saúde mental.

A literatura científica tem evidenciado que a prática de atividade física realizada de forma mais precoce na vida das pessoas (infância e adolescência) traz maiores benefícios à saúde das pessoas na vida adulta e em pessoas com idades avançadas. Pois, conforme vão envelhecendo, estas também se vão tornando menos ativas, isto é, optarem por um estilo de vida sedentário e que tendem a perder determinadas funções físicas e posteriormente a ocorrência de alterações psicológicas bem como a ocorrência de doenças crônicas que terão impacto na qualidade de vida das pessoas (Matsudo, Matsudo *et al.* 2000).

Constatámos com os nossos resultados que as pessoas que tinham tido uma menor participação na adolescência em atividades sociais e sociorecreativas revelaram, na maioria dos índices de estado de saúde, pior condição comparativamente às pessoas que participaram de forma mais ativa nessas mesmas atividades. Estes nossos resultados podem ser apoiados com o agravamento dos estilos de vida sedentários e/ou passivos dos jovens (Mota, Oliveira *et al.* 2010). Estes mesmos autores afirmam que cada vez mais na fase da adolescência existem determinados comportamentos e contextos sociais promotores de um estilo de vida sedentário ou pouco ativos tais como problemas relacionados com os tempos livres, a monotonia, inatividade, isolamento e individualismo, falta de contato e de relações sociais (pessoais e em grupo), falta de competências para projetos autónomos e ativos, a ocupação positiva dos tempos livres (Mota, Oliveira *et al.* 2010).

Estes comportamentos e estilos de vida que anteriormente foram referidos estão efetivamente associados a populações de países desenvolvidos, onde estes comportamentos sedentários do ponto de vista do quotidiano da vida destas populações é a sua própria identidade (Mota, Oliveira *et al.* 2010).

Como podemos verificar a maioria das pessoas que praticavam, no período da adolescência, atividade física são hoje as que não praticam. De certa forma os nossos resultados podem ser explicados pelo estudo desenvolvido no programa PESSOA em que teve como principal objetivo desenvolver e avaliar um modelo de intervenção centrado na Escola para a prevenção e tratamento do excesso de peso e obesidade juvenil no âmbito dos estilos de vida saudáveis em alunos do 5.º, 6.º e 7.º anos de escolaridade (Sardinha, Martins *et al.* 2010). Os resultados preliminares demonstraram que os hábitos de atividade física tenderam a diminuir com a entrada na adolescência e com o avançar dos anos seguintes quer em rapazes quer em raparigas. O acentuar foi maior quando os alunos transitaram do 6.º para o 7.º ano e deste para o 8.º ano (Martins, Minderico *et al.* 2010).

A obesidade enquanto distúrbio nutricional mais frequente em crianças e adolescentes encontra-se fortemente correlacionada com o aumento da morbidade e mortalidade, e que desencadeiam

um conjunto de situações patológicas com risco de persistir na vida adulta (Sousa, Loureiro *et al.* 2010).

No que diz respeito à prática de desporto na adolescência, a maioria dos nossos inquiridos não realizava qualquer atividade (53,6%). Também o estudo de base comunitária sobre sedentarismo na adolescência, constatou no concelho de Lisboa que 33,5% dos jovens entre os 11 e os 17 anos foram classificados como inativos (Gouveia, Pereira-da-Silva *et al.* 2007). Segundo os mesmos autores, este tipo de comportamentos relacionados esteve associado a famílias com níveis socioeconómicos inferiores e eram obesos.

3.6 – Conclusões finais

Nos países ditos desenvolvidos como os Estados Unidos da América, Rússia, Países Europeus, Japão, China, Austrália após a II Guerra Mundial apresentaram níveis de crescimento económico bastante elevados a par de importantes mudanças no perfil de saúde e doença nas populações. A par destas mudanças a área da saúde também acompanhou esta alteração como o desenvolvimento tecnológico (vacinas, os antibióticos, técnicas cirúrgicas, etc.) bem como de métodos de diagnóstico que muito contribuíram para a redução das doenças infecciosas. Por outro lado, com o aumento da esperança média de vida e das condições materiais na sociedade registou-se uma mudança no perfil de doença, isto é, o aumento exponencial das doenças crónicas e o seu impacto na qualidade de vida das pessoas.

A necessidade de compreender como determinados fatores tinham impacto na saúde das populações fez com que fosse necessário desenvolver métodos e técnicas de estatística onde foram introduzidos os conceitos de associação e a presença de múltiplos fatores considerados determinantes da ocorrência da doença. Se inicialmente era mais importante estudar os ciclos de transmissão da doença com o evoluir das sociedades passou-se a avaliar os determinantes enquanto rede multicausal com impacto na saúde.

No entanto, para reduzir os efeitos de determinados fatores responsáveis pela morbilidade e mortalidade nas populações segundo as recomendações internacionais deve-se investir na promoção da saúde junto das mesmas (WHO 2002_b). Os determinantes enquanto fatores intrínsecos e fatores extrínsecos responsáveis pela saúde e pela doença não são mais do que acontecimentos ou eventos identificados e que produzem uma alteração da saúde no âmbito de um quadro clínico definido (Mausner e Kramer 2007). No ciclo de vida das populações sempre existiu uma procura constante pela saúde e pelo bem-estar em detrimento da doença. No entanto, há fatores intrínsecos (biológicos, pessoais, imunológicos e genéticos) que determinam a suscetibilidade de o indivíduo contrair a doença e fatores extrínsecos (ambientais, comportamentais, físicos, hábitos sociais, etc.) a concorrerem para a promoção da exposição do indivíduo à mesma (Medronho, Carvalho *et al.* 2002; Bonita, Beaglehole *et al.* 2006).

A par desta evolução surge uma nova forma de compreender a saúde e a sua relação com o meio ambiente, os estilos de vida, os hábitos e costumes de cada pessoa com impacto no perfil de morbimortalidade das populações.

A QVRS enquanto indicador genérico de estado de saúde que integra as componentes físicas, psicológicas e sociais, tem permitido caracterizar e prever-se estado de saúde e relacioná-lo com diferentes indicadores. A avaliação da QVRS vai mais além da avaliação objetiva médica/clínica, isto é, realça a perceção subjetiva do próprio indivíduo face à sua saúde. Esta forma de avaliar

saúde responde em larga medida à visão positiva da saúde defendida pela OMS (WHO 2002^b; Wilkinson e Marmot 2003; WHOQOL 2004).

Por isso, a forma como os indivíduos avaliam a sua condição de saúde (auto-avaliação subjetiva) tem sido cada vez mais valorizada na investigação bem como para a tomada de decisão clínicas, assim como no planeamento em saúde (Bowling 1995; Bowling, Gabriel *et al.* 2003; Ferreira e Ferreira 2006).

Foi com este propósito que procuramos descrever e compreender o impacto que determinados indicadores e determinantes de saúde poderiam ter na QVRS dos habitantes do concelho de Coimbra. Os nossos resultados levaram-nos a concluir que determinados fatores intrínsecos apresentaram efeitos bastante diferenciadores nos nossos inquiridos. Apesar de termos constatado uma melhoria da perceção geral de saúde na população adulta comparativamente aos anos anteriores segundo os últimos inquéritos nacionais de saúde, continuamos a observar um decréscimo da qualidade de vida das pessoas com o aumento da idade. Também concluímos que o sexo é um fator diferenciador quanto ao bem-estar físico e psicológico das populações. O sexo feminino continua a apresentar pior condição de saúde comparativamente ao sexo masculino e que tem sido confirmado pelos vários estudos quer na população em geral quer em determinados grupos específicos.

526

Quanto aos determinantes sociais, concluímos que a nossa população tende a apresentar um agravamento do bem-estar físico e psicológico em pessoas com baixa instrução, que vivem sozinhas por motivos de viuvez ou por opção própria comparativamente às pessoas casadas ou em união facta. Também as pessoas que revelaram um nível socioeconómico mais baixo (classe média baixa), revelaram níveis de qualidade de vida relacionada com a saúde substancialmente inferiores face às pessoas pertencentes a classes sociais mais elevadas (WHOQOL 2004).

Também um dos gradientes sociais com grande impacto na saúde dos nossos habitantes esteve associado à área de residência. As pessoas que residiam em áreas predominantemente rurais apresentaram pior perceção geral de saúde face às pessoas que vivem em cidades ou na periferia destas. Os espaços geográficos são fatores de isolamento e de obstáculo ao acesso a determinados bens e serviços importantes para o bem-estar das populações (Wilkinson e Marmot 2003; Ferreira e Ferreira 2006). Também os indicadores tipo de habitação e tipo de proprietário revelaram ter impacto na perceção geral de saúde.

O emprego, enquanto determinante no estudo das desigualdade sociais, demonstrou um efeito significativo na nossa população. As pessoas que se encontravam desempregadas apresentaram uma perceção de saúde bastante mais reduzida comparativamente às pessoas que tinham emprego. O vínculo laboral também permitiu diferenciar o bem-estar físico e mental em pessoas que se encontravam a trabalhar (empregadas). A estabilidade de um contrato laboral (vínculo com tempo

indeterminado) foi responsável por melhor qualidade de vida subjectiva face às pessoas com vínculo precário. Esta condição social no mercado de trabalho tem sido referida como responsável do agravamento das condições do mercado de trabalho em especial aos direitos do trabalhador bem como da perda de regalias e estabilidade financeira e familiar (Bossuyt e Van Oyen 2001; Delhey 2004; Oyen, Deboosere *et al.* 2010).

No entanto, no conjunto dos preditores exógenos com maior impacto no perfil de saúde dos habitantes do concelho em estudo, no momento presente, concluímos que as pessoas de idades mais avançadas, do sexo feminino, na condição de viuvez, religiosas praticantes, com baixas habilitações literárias, que residem em APR, proprietárias da sua habitação, desempregadas, reformadas e empregadas mas com vínculos precários apresentaram piores resultados de estado de saúde.

Estes resultados revelam como determinados indicadores são responsáveis pela menor qualidade de vida nas populações e que só podem ser contrariados, em parte, quando se registar o menor número de casos com insucesso escolar, maior sensação de segurança percebida, menor desemprego nas populações bem como a melhoria das condições de habitação (Marmot 2005).

Quanto à religião, verificamos que as pessoas que estavam integradas mas que não eram praticantes da sua fé revelaram maior energia na sua vida diária bem como maior participação social face às pessoas que eram religiosamente ativas.

Também os cuidados e serviços de saúde disponíveis à população são elementos fundamentais para avaliar as respostas que os países podem dar perante determinados fenómenos e acontecimentos que põem em causa a saúde das populações (Pinheiro e Escosteguy 2002). Concluímos que as pessoas que consultaram nos últimos três meses um médico de clínica geral e que só tinham uma instituição de saúde para os seus cuidados médicos, demonstraram pior qualidade de vida subjectiva, comparativamente às pessoas que indicaram ter acesso a duas ou mais instituições de saúde para os mesmos fins. Ainda no âmbito dos cuidados de saúde concluímos que as pessoas perante menor bem-estar físico e psicológico tendem a desenvolver comportamentos de prevenção como a toma da vacina, o controlo da tensão arterial e do colesterol para além da realização de determinados exames de rastreio (exame da mama).

No âmbito dos estilos de vida saudáveis têm também dado importância a vigilância da saúde oral das populações. Enquanto indicador de saúde, constatamos um padrão comportamental nos nossos habitantes muito semelhante aos que têm sido apresentados nos últimos anos com a aplicação através dos INS. No nosso estudo a vigilância oral regular (consulta médica) bem como uma adequada higiene foram preditores de melhor saúde percebida quer no âmbito físico quer no âmbito mental.

A doença crónica, como indicador de saúde importante nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, está relacionado com o aumento da população idosa como também associada ao aumento da esperança média de vida e ainda da melhoria dos cuidados de saúde (WHO 2013). A presença de *doença crónica* no perfil de saúde dos nossos habitantes, revelou ser significativamente marcante no agravar da perceção geral de saúde (física e mental). As doenças crónicas com maior impacto na perceção de saúde foram a doença reumática, diabetes, hipertensão arterial, doença cardíaca bem como as doenças mentais para além da presença da osteoporose, acidente vascular cerebral, dor e bronquite crónica e ainda o tumor maligno e doenças renais.

As doenças crónicas representam hoje uma das maiores ameaças para a saúde a nível mundial. Os doentes com este tipo de doença já não têm possibilidade, na maioria das vezes, de se curarem mas tendo, como alternativa, um tratamento sintomático como uma das últimas respostas até ao final das suas vidas (prevenção terciária). Face ao exposto, a necessidade de realizarmos medidas de prevenção primária torna imperativo que se identifiquem os factores etiológicos que estão na base destas situações (Mausner e Kramer 2007).

No entanto, a pior perceção de qualidade de vida esteve associado ao menor *locus de controlo interno*, o que demonstrou que as pessoas acreditam que a sua saúde depende mais de outros factores que estão para lá do seu controlo. Como tem sido referido na literatura, as pessoas com menor bem-estar psicológico e físico revelam incapacidade para lidarem com as adversidades que a vida pode apresentar e que por essa razão afeta o seu bem estar (Fuscaldi, Balsanelli *et al.* 2011).

Ainda no âmbito dos *estilos de vida* em adulto que mais contribuíram para o melhor *perfil de saúde ao nível físico* dos nossos inquiridos foram os factores de realização de atividade física, ter peso adequado, que dormiam diariamente entre 7 a 8 horas ou mais de 8 horas, com poucos anos de hábitos tabágicos e manterem um comportamento de consumo igual durante todo o dia, mas que não consumiam álcool e baixa atividade física ao nível laboral. Quanto ao perfil de estado de saúde mental, este foi também positivamente predito em quase todos os índices pelas pessoas que revelaram realizar atividade física, de apresentarem um IMC de peso normal, e que dormiam 7 a 8 horas por dia ou mais apesar de serem fumadoras ativas, mas com poucos anos de hábitos tabágicos e que fumavam mais durante a manhã ou igual durante o decorrer do dia, que consumiam álcool no dia-a-dia ou eram não consumidores face ao ex-consumidores e que realizavam uma baixa atividade física em meio laboral.

Porém, a presença de hábitos tabágicos que revelaram ter um efeito “positivo” na saúde percecionada poderá levar à ilusão que este comportamento de risco é preditor de melhor QVRS. Porém, vários autores assumem que para a população portuguesa o tabagismo não é percecionado como um grave factor de risco para a saúde, em particular pelas pessoas fumadoras (Nunes,

Narigão et al. 2014). Também a WHO (2008) afirma que a ocorrência de alterações ou de desenvolvimento de doença ou outro tipo desfecho associadas ao consumo de tabaco apresentam um tempo de latência de duas ou mais décadas (Nunes, Narigão et al. 2014). Com base nesta informação e segundo os resultados obtidos com o nosso estudo, a esmagadora maioria dos nossos consumidores tem menos de 30 anos de consumo e que de certa forma, a ausência de sinais ou sintomas de doença não desperta nos fumadores algum sentimento de menor bem-estar físico ou mental. No entanto, apesar desta realidade, é importante investir em medidas de prevenção e controlo deste importante problema de saúde como sugerem vários autores (Nunes, Narigão et al. 2014).

As medidas anteriormente descritas incluem os mais novos, pois, em especial na adolescência, em que esta é uma fase muito importante da humanidade e mais ainda que é nesta fase onde se alicerça muito do futuro de cada um de nós enquanto vida adulta (Corte-Real, Balaguer et al. 2008).

Quanto ao período da adolescência viemos a constatar que a prevalência de prática de exercício foi substancialmente superior nesta fase da vida mas que esses mesmos comportamentos reduziram na vida adulta. Vários foram os estudos que mostraram esta alteração do padrão comportamental entre estas duas fases da vida em referência. Também concluímos que uma grande parte dos adultos de hoje indicaram ter iniciado o consumo de tabaco e álcool no período da adolescência e que a maioria dos consumidores desse momento mantiveram o mesmo comportamento em adulto. Os nossos resultados foram concordantes com vários estudos epidemiológicos, onde têm demonstrado a evidência que determinados comportamentos de risco na adolescência tendem a apresentar efeitos preditores de estado de saúde na vida adulta ou ainda mais tardiamente.

De forma multivariada, viemos a concluir que determinados indicadores de contexto associados ao período da adolescência com impacto na saúde percebida atual. Esta relação (efeito) foi moderado por outros indicadores que caracterizam quer o presente quer o passado dos nossos habitantes. As pessoas que durante o período da adolescência indicaram pertencer a uma religião e que essa condição manteve-se na vida adulta (variável moderadora) revelou um melhor bem-estar físico e mental comparativamente às pessoas que não tinham um histórico de religião mas que atualmente estão integradas. Também o melhor bem-estar psicológico observou-se em pessoas que não tinham religião no momento presente (variável moderadora) e que não o tiveram no passado (adolescência) comparativamente às pessoas que tinham histórico de integração e que atualmente o abandonaram.

Também no âmbito dos indicadores de contexto concluímos que piores resultados de saúde subjetiva ao nível físico no momento presente foram preditos pelo ingresso no mercado de

trabalho a tempo integral na adolescência com idades inferiores a 13 anos e entre os 13 e os 15 anos (variável moderadora) comparativamente às pessoas que trabalharam a tempo sazonal nos mesmos escalões de idade.

Também o *regresso ao ensino*, após um período de abandono na adolescência, foi moderado de forma significativa com impacto nas MESF e MESM quer pelos *anos de estudo* após o regresso quer pela *idade em que iniciara a atividade laboral*. Os habitantes do concelho em estudo que apresentam tendencialmente menor QVRS na atualidade foram as mesmas pessoas que regressaram aos estudos ainda na fase da vida da adolescência e que tiveram poucos anos de estudo associado a esse regresso e que iniciaram a sua atividade laboral mais cedo.

Procuramos também estimar um perfil de saúde com todos os indicadores de contexto e determinantes de saúde na adolescência que revelaram impacto na QVRS no momento presente. Concluímos ao nível dos *preditores de contexto* que as pessoas com menor participação em atividades de lazer, mas ativas religiosamente, que ingressaram no mercado de trabalho, e que essa atividade era a tempo integral, com responsabilidades nas várias tarefas domésticas, que abandonaram o ensino mais precocemente e que necessitaram de regressar aos estudos já na vida adulta, revelaram piores resultados de saúde.

No âmbito dos *estilos de vida* na adolescência com impacto negativo na maioria dos índices de saúde no presente foram a menor atividade física, ausência de consumo de tabaco mas consumidores de álcool e com uma frequência de refeições diárias principais <3.

Quanto às *medidas de estado de saúde mental*, as pessoas que realizavam na adolescência a prática de atividade física quer em grupo quer individualmente, apesar de iniciado o consumo ocasional de tabaco apresentam, no presente, uma melhor condição de saúde mental em relação aos índices de *desempenho emocional e vitalidade*. Quanto aos índices função social e saúde mental, concluímos que as pessoas que revelam no momento presente uma perceção mais positiva da função social e bem-estar mental tinham por hábito realizar 3 ou mais refeições principais na adolescência, apesar de iniciarem os hábitos tabágicos de forma ocasional e ainda tinham por hábito a prática de atividade física com especial impacto no índice saúde mental.

Em conclusão, urge a necessidade de refletir o alcance dos atuais paradigmas das políticas públicas (promoção da saúde e prevenção de doenças) e das práticas assistenciais no setor da saúde para que estas possam ir ao encontro de novos horizontes de investigação no âmbito da epidemiologia social respeitantes às novas formas de organização das sociedades e como estas determinam a saúde e o bem-estar das populações. A interação de indicadores ainda pouco explorados analiticamente como a velhice, a habitação, a área de residência, as redes sociais (institucionais, de vizinhança e familiares), estilos de vida, instabilidade política (governativa e

legislativa) e económica (precariedade laboral, rendimentos, emigração), poderão ser determinantes para a compreensão dos ciclos de “saúde e de doença” nas populações atuais.

O contributo dos nossos resultados para a compreensão dos estados de saúde relacionados com a qualidade de vida vai de acordo com a literatura quando afirma que é necessário compreender como os determinantes da saúde interferem com a mesma.

Quando reduzimos o impacto desses determinantes da saúde nas populações não só estamos a melhorar a sua saúde mas também estamos a satisfazer um bem maior e que são as necessidades humanas que cada pessoa tem ou da população em geral. O sucesso dessa intervenção está associada à forma como os decisores políticos e outros órgãos com responsabilidades em saúde desenvolvem medidas que possam promover e beneficiar as populações quanto às necessidades que estas apresentam (Marmot 2001; Wilkinson e Marmot 2003; Marmot 2005).

Perante os nossos resultados que dão evidência que alguns fatores de risco presentes na adolescência revelaram ter continuidade na vida adulta desperta a motivação da necessidade de ir mais além do que controlar a doença ou sintomas e promover estilos de vida saudáveis. É necessário que vários parceiros sociais com responsabilidade nestas áreas se envolvam em estratégias quer elas sejam económicas, políticas e de desenvolvimento social que possam atuar no combate aos vários determinantes sociais (Wilkinson e Marmot 2003).

Os benefícios da mudança de estilos de vida quer pela adoção de uma melhor alimentação (mais saudável) quer com a realização de atividade física revelam ganhos de saúde bastante positivos para as pessoas e que vem permitir controlar ou reduzir a ocorrência de doenças mais graves no futuro (Cavalcanti, Gonçalves *et al.* 2010). Mas não podemos deixar de acrescentar que a maioria dos nossos inquiridos residem em espaços urbanos e suburbanos e que são estes mesmos espaços que moldam a sociedade, impondo hábitos e estilos de vida muitas das vezes pouco adequados, conduzem as pessoas a uma inércia física (sedentarismo) e pouco exigente no que diz respeito ao gasto energético face ao que consomem segundo os seus hábitos alimentares (Venturim e Cade 2007). Pois, vários trabalhos de cariz epidemiológico têm revelado que o baixo nível de atividade física revelam um elevado impacto no processo de desenvolvimento de doenças degenerativas (Assumpção, Morais *et al.* 2002).

Com base nesta e outras evidências científicas as sociedades de hoje devem procurar realizar atividade física regular bem como promovê-la no local de trabalho. Ao nível da alimentação deve ser promovida uma correta escolha de alimentos para consumo. Também neste âmbito assegurar a disponibilidade de escolhas alimentares saudáveis para todos mesmo para as pessoas mais pobres. Exigir às autoridades que regulam o mercado publicitário exigindo que, as entidades promotoras de publicidade pratiquem um tipo de marketing responsável em especial para

determinados grupos sociais como as crianças e jovens (WHO 2004_b; Espinheira, Peralta *et al.* 2010).

Também, ao nível da realidade portuguesa, o Ministério da Saúde tem procurado adotar medidas específicas enquadradas na atualidade do pensamento europeu quer ao nível dos estilos de vida mais positivos como também no âmbito das doenças crónicas degenerativas. Estas medidas vão ao encontro de uma maior capacitação do indivíduo enquanto gestor da sua própria saúde, onde deve tomar decisões autonomamente e ser responsável pelo seu curso de vida (Ministério da Saúde Português e Administração regional de Saúde do Centro 2007). Esta perspetiva enquadra-se no âmbito da Educação para a Saúde, enquanto estratégia fundamental da Promoção da Saúde, permitindo ao indivíduo adquirir conhecimento sobre si bem como do que o rodeia e poder alterar o seu meio ambiente ou o seu comportamento (Correia de Sousa e McIntyre 2008).

A implementação das medidas anteriores estão no âmbito da Promoção da Saúde. Esta, ao nível das intervenções na população, têm como alvo fatores comportamentais de risco para os indivíduos e a ação de intervenção passa por informar sobre os meios de redução dos riscos comportamentais responsáveis pela pior condição de saúde e, por outro lado promover mudanças sociais e ambientais na comunidade que facilitem essas mesmas mudanças (Dias, Duque *et al.* 2004). Essas estratégias para a alteração de comportamentos de risco estão dependentes do desenvolvimento de competências pessoais e sociais bem como a criação de mais dinâmicas facilitadores da saúde no âmbito da promoção de comportamentos de proteção (Matos 2004).

Claro que o enfoque está direcionado para os “*estilos de vida*”. Segundo Pais Ribeiro, os estilos de vida não são mais do que uma das componentes essenciais na “promoção” (associada à comunicação pedagógica da saúde) e “protecção da saúde” (promover um conjunto de acções que permitam evitar, diagnosticar e curar o mais precoce possível determinadas doenças) bem como na “prevenção” de enfermidade (controlo de fatores e determinantes de risco quer seja de natureza ambiental como a preservação dos recursos naturais) (Pais Ribeiro 2004_a; Hespanhol, Couto *et al.* 2008).

Em especial quando falamos da prevenção e educação para a saúde, deve-se contemplar o aumento do conhecimento e informação sobre a saúde. Porque, o fornecimento de informação é um aspeto considerado básico para que a pessoa tome decisões conscientes sobre a sua saúde permitindo, de certa forma, que esta enfrente as dificuldades e incertezas, e mantenha a sua máxima autonomia perante os outros (Correia de Sousa e McIntyre 2008).

As propostas para a implementação de programas de promoção da saúde e da qualidade de vida passa por adotar “*estilos de vida ativa*”. Este tipo de estilos, segundo a comunidade científica classifica-o como um dos fatores mais importantes para a promoção da saúde onde estão presentes hábitos e estilos de vida saudável com o hábito de prática de atividade física o que irá proporcionar

melhores padrões de saúde e melhor bem-estar e qualidade de vida (Assumpção, Morais *et al.* 2002).

Para além de sensibilizarmos as pessoas para os comportamentos de risco e o seu impacto na saúde é necessário realizar estudos de intervenção prospetivos para compreender se as mudanças que são propostas à população em geral ou grupos específicos revelam mudanças reais dos comportamentos de promoção e de proteção da saúde.

Como acontece noutros trabalhos de investigação o nosso também apresentou *limitações de estudo* e que desde já passamos a identificá-las:

A principal limitação está associada ao tipo de estudo aplicado. Os estudos do tipo transversal não permitem obter conclusões em relação aos mecanismos causais inerentes às associações estimadas ou previstas. No entanto, uma parte dos resultados obtidos na nossa investigação já foram testados em estudos de natureza retrospectiva ou prospetiva.

Outra limitação do estudo reside no facto quer da variável *peso* quer da variável *altura* terem sido autodeclarados o que conduz a uma medida subjetiva das mesmas. Segundo vários autores como *Doll, Peterson e Stewart-Brown (2000) citados por Santos e Pereira (2008)* demonstraram que as pessoas tendem a reportar pesos mais baixos e alturas mais elevadas do que possuem realmente. Estas diferenças variam, também, em função do sexo. Perante medidas relativamente pouco objectivas era expectável que os valores de IMC possam apresentar também variação em função dos grupos. No entanto, não podemos deixar de referir que estas informações (peso e altura autodeclarados) têm sido validados em vários estudos.

Também temos que referir outro viés presente em questionários desta natureza que foi o de “*recordação ou memória*”, em especial, quando as pessoas foram confrontadas com informações do seu passado mais recente ou longínquo.

Outro viés presente no nosso estudo está relacionado com a distribuição dos inquiridos por grupos de idade. Não se observou uma distribuição proporcional e equitativa de respondentes entre as várias classes de idades definidas no estudo. Apesar de não se observarem diferenças proporcionais entre sexos, já no plano das habilitações literárias o mesmo já não podemos dizer. A maior frequência de respostas ocorreram em pessoas com mais habilitações e por termos excluído do estudo as pessoas com a condição de analfabetas.

A condição da generalização dos resultados não está também assegurado. A razão deste condicionalismo está associado aos modelos de amostragem do tipo não probabilístico. Isto é, nem todas as pessoas tiveram a mesma oportunidade de serem seleccionadas para o nosso estudo.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R.L. e Syme, S.L. (1994). "Socioeconomic Status and Health – The Challenge of the Gradient." *American Psychological Association* **49**: 15-24.
- Afonso, F.d.M. e Sichieri, R. (2002) "Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do Município do Rio de Janeiro, RJ." *Revista Brasileira de Epidemiologia* **5**, 153-163, from <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n2/03.pdf>.
- Aguiar, P. (2007). *Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- Aires D'Oliveira, A.P.N. (2008). Estudo Exploratório sobre relação entre orientação de papéis de género, satisfação de vida e locus de controlo de saúde. *Psicologia Clínica e da Saúde - Núcleo de Psicologia Dinâmica*. Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Lisboa. **Master**: 60.
- Alexandre, C., Rezende, W.C., Padovan, G.J. e Marchini, J.S. (2009). "Mudanças no estilo de vida e fatores de risco para doenças crónicas não transmissíveis e sistema imune de mulheres sedentárias." *Rev Nutrição* **22**(2): 245-255.
- Almeida, J.P. e Pereira, M.G. (2006). "Locus de Controlo na Saúde: Conceito e Validação duma escala em adolescentes com diabetes Tipo I." *Psicologia, Saúde e Doenças* **7**(2): 221-238.
- Alto Comissariado da Saúde (2010) "Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Visão, Modelo Conceptual e Estratégia de Elaboração." from <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf>.
- Alves, J.G.B., Montenegro, F.M.U., Oliveira, F.A. e Alves, R.V. (2005). "Prática de esportes durante a adolescência e actividade física de lazer na vida adulta." *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* **(11)5**: 291-294.
- Antunes, A., Célia, M., Queiroz, F., Arcadinho, I. e Mestrinho, J. (2009). "Roteiros de Instrumentos e escalas de Avaliação." *Percursos*(11): 12, from http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_11.pdf.

- Aranha, L., Mirón Canelo, J., Alonso Sardón, M., Del Pino Montes, J. e Sáenz González, M. (2006). "Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose." *Rev de Saúde Pública* **40**(2): 298-303.
- Assumpção, L.O.T., Morais, P.P. e Fontoura, H. (2002). "Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Notas Introdutórias." *Rev Digital - Buenos Aires* **52**, from <http://www.efdeportes.com/efd52/saude.htm>.
- Azevedo, L. (2010). Avaliação da percepção de saúde, bem-estar e qualidade de vida em doentes integrados no tratamento cirúrgico da obesidade. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.
- Balsa, C., Vital, C. e Urbano, C. (2014). III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral: Portugal 2012. Lisboa, SICAD - Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa.
- Baptista, F. (2010). Avaliação da Aptidão Física. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.
- Barreto, S., Pinheiro, A., Sichieri, R., Monteiro, C., Filho, B., Schmidt, M., . . . Passos, V. (2005). "Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde." *Epidemiologia e Serviços de Saúde* **14**(1): 41-68, from <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v14n1/v14n1a05.pdf>.
- Belloc, N.B. (2004) "Relationship of health practices and mortality (*Abstract*)." *Preventive Medicine* **2**, 67-81 DOI: 10.1016/00091-7435(73)90001, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0091743573900091>.
- Belloc, N.B. e Breslow, L. (1972) "Relationship of physical health status and health practices [Abstract]." **1**(3), 409-421 DOI: 10.1016/0091-7435(72)90014-X, 2004, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/009174357290014X>.
- Berkman, L.F. e Syme, S.L. (1979). "Social Networks, Host Resistance, and Mortality: Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents." *American Journal of Epidemiology* (**109**)**2**: 186-204.
- Bloch, K.V. e Coutinho, E.d.S.F. (2002). Fundamentos da Pesquisa Epidemiológica. *Epidemiologia. R. A. Medronho. São Paulo, Atheneu*: 107-113.

- Bonita, R., Beaglehole, R. e Kjellström, T. (2006). Basic Epidemiology. Geneva, World Health Organization.
- Bossuyt, N. e Van Oyen, H. (2001). Rapport de Santé: Differences Socio-economiques en Sante. Bruxelles, from <https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifr/santefr/sociofr.pdf>.
- Bowling, A. (1995). "The concept of quality of life in relation to health." *Medicina nei secoli* 7(3): 633-645.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissig, A., . . . Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Aging and Human Development*. J. INT'L, Baywood Publishing Co., Inc. 56: 269-306.
- Bradley, C. e Speight, J. (2002). "Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy: Assessing quality of life." *Diabetes Metabolic Review* 18(3): 249-256.
- Breslow, L. e Breslow, N. (2002) "Health Practices and Disability: Some Evidence from Alameda County (*Abstract*)."
Preventive Medicine 22, 86-95 DOI: 10.1006/pmed.1993.1006, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8475014>.
- Breslow, L. e Enstrom, J.E. (2004) "Persistence of health habits and their relationship to mortality (*Abstract*)."
Preventive Medicine 9, 469-483 DOI: 10.1016/0091-7435(80)90042-0, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0091743580900420>.
- Brito, K.M., Buzo, R.A. e Salado, G.A. (2009). "Estilo de Vida e Hábitos Alimentares de Pacientes Diabéticos." *Rev Saúde e Pesquisa* 2(3): 357-362.
- Buzzachera, C., Krause, M., Elsangedy, H., Hallage, T., Granato, P., Krinski, K., . . . Silva, S. (2008). "Prevalência de sobrepeso e obesidade geral e central em mulheres idosas da cidade de Curitiba." *Rev Nutr* 21(5): 525-533.
- Cabral, M.V., Silva, P.A. e Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Coimbra.
- Cabrera, G., Luis, G. e Júlio César, M. (2004) "Atividade e mudança comportamental estágios físicos em Bogotá." *Columbia Médica* 35(2), 82-86, from <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6733/1/Actividad%20fisica.pdf>.
- Callegari-Jacques, S.M. (2008). *Bioestatística – Princípios e Aplicações*. Porto Alegre, Artmed.
- Calmeiro, L. e Matos, M. (2004). *Psicologia do Exercício e da Saúde*. Lisboa, Omniserviços.
- Câmara Municipal de Coimbra e Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra (2008). *Carta Educativa do Município de Coimbra - 2008 - 2015*. Coimbra, from

http://www.cm-coimmbra.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=354&Itemid=473

Câmara, V.d.M. (2002). Epidemiologia e Ambiente. Epidemiologia. R. A. Medronho, D. M. d. Carvalho, K. V. Bloch, R. R. Luiz e G. L. Werneck. São Paulo, Atheneu.

Camões, M. (2010). Avaliação da Atividade Física. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (Programa e Resumos), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.

Campos, M.R. e Dinart, R.F. (2010). Qualidade de Vida e Atividade Física. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.

Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., . . . Galvão-Teles. (2006). "National Prevalence of Obesity. Prevalence of Obesity in Portugal." *Obesity Reviews* 7(3): 233-237.

Carvalho, J.A.M. e Rodríguez-Wong, L.L. (2008) "A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI." **24**, 597-605, from <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/13.pdf>.

Cauley, J., Donfield, S., Laport, R. e Warhaftiq, N. (1991) "Physical activity by socioeconomic status in two population based cohorts." *Med Sci Sports Exerc* **3**, 343-351, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2020273#>.

Cavalcanti, C.L., Gonçalves, M.d.C.R., Ascitti, L.S.R. e Cavalcanti, A.L. (2010). "Envelhecimento e Obesidade: um grande desafio no século XXI." *Rev Brasileira de Ciências da Saúde* **14**(2): 87-92.

Chan, R.S. e Woo, J. (2010). "Prevention of Overweight and Obesity: How Effective is the Current Public Health Approach." *Int. J. Environ. Res. Public Health* **7**: 765-783.

Coelho, C.d.F. e Burini, R.C. (2009) "Atividade Física para a prevenção e tratamento das doenças crónicas e não transmissíveis e da incapacidade funcional." **22**, 937-946, from <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/13407/S1415-52732009000600015.pdf?sequence=1>.

Coelho, C.W. e Santos, J.F.S. (2006) "Perfil do estilo de vida relacionado á saúde dos calouros de um centro de ciências tecnológicas." from <http://www.efdeportes.com/efd97/saude.htm>.

- Correia de Sousa, M.R.M.G. e McIntyre, T. (2008). "Conhecimento do Diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento." *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* **21**(4): 281-289.
- Corte-Real, N., Balaguer, I., Dias, C., Corredeira, R. e Fonseca, A. (2008). "Actividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabaco e de álcool dos adolescentes portugueses." *Revista Portuguesa de Saúde Pública* **(26)2**: 17-25.
- Crosby, R.D., Kolotkin, R.L. e Williams, G.R. (2003). "Defining clinically meaningful change in health-related quality of life." *Journal of Clinical Epidemiology* **56**: 395-407.
- Cunha, G., Martins, M.R., Sousa, R. e Oliveira, F.F. (2007). *Estatística Aplicada às Ciências e Tecnologias da Saúde*. Lisboa, Lidel.
- Delhey, J. (2004). *Life Satisfaction in the Enlarged Europe. E. F. f. t. I. o. L. a. W. Conditions*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- DGS e INSA, Eds. (2011). *Avaliação da Lei do Tabaco em Portugal 2008-2010. Infotabac - Relatório da primeira avaliação do impacte da lei do tabaco*. Lisboa, Direção Geral de Saúde & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Dias, C.M., Freitas, M. e Briz, T. (2007). "Indicadores de Saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar." *Revista Portuguesa de Clínica Geral* **23**: 439-450.
- Dias, M.d.R., Duque, A.F., Silva, M.G. e Durá, E. (2004). "Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia?" *Análise Psicológica* **3**(XXII): 463-473.
- Diener, E. e Suh, E. (1997). "Measuring Quality of Life: Economic, Social, and Subjective Indicators." *Social Indicators Research* **40**: 189-216, from http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/1997_Measuring_%20quality_life_suh.pdf.
- Dixe, M. e Catarino, H. (2010). "Obesidade, Hábitos Alimentares e Estilos de Vida da população de Leiria." *International Journal of Developmental and Educational Psychology*: 751-768.
- Douglas, M. (1990). *Risk as a forensic Resource - from "chance" to "danger"*, The MIT Press, from <http://www.jstor.org/stable/20025335>.
- Duarte, S. (2010). *Dislipidemia, Obesidade e Elegibilidade para a terapêutica*. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.

- Espinheira, M.d.C.S., Peralta, L.S., Almeida, A.T., Silva, D., Dias, C.C. e Rêgo, C. (2010). 8 anos de follow-up no tratamento da obesidade pediátrica. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.
- Farquhar, M. (1995). "Definitions of quality of life: a taxonomy [Abstract]." *Journal of Advanced Nursing* **22**(3): 502-508.
- Ferrans, C.E. e Powers, M. (s.d.) "Questionnaires and Scoring." 2012 Setembro 9, from <http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/pdf/genericversionIII/generic3syntax.pdf>.
- Ferreira, P.L. (1998). A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Coimbra, from <http://hdl.handle.net/10316/9969>.
- Ferreira, P.L. (2000_a). "Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36 Parte I - Adaptação Cultural e Linguística." *Acta Médica Portuguesa* **13**: 55-66.
- Ferreira, P.L. (2000_b). "Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36 Parte II - Testes de Validação." *Acta Médica Portuguesa* **13**: 119-127.
- Ferreira, P.L. e Ferreira, L.d.N. (2006). "A medição de preferências em saúde na população portuguesa." *Revista Portuguesa de Saúde Pública* **24**(2): 5-14.
- Ferreira, P.L. e Santana, P. (2003). "Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas." *Revista Portuguesa de Saúde Pública* **21**(2): 15-30.
- Ferreira, S. e Pereira, M. (2011). "Preditores da qualidade de vida e incapacidade funcional em doentes com lombalgia crónica em tratamento diferenciado." *Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* **14**(2): 160-182, from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a11.pdf>.
- Ferrie, J.E., Marmot, M.G., Shipley, M.J., Davey Smith, G. e Stansfeld, S.A. (2002). "Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study." *J Epidemiol Community Health* **56**: 922-926.
- Fleck, M.P.A. (2008). *A avaliação de Qualidade de Vida - Guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre, Artmed.
- Fleck, M.P.d.A., Louzada, M.X., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. e Pinzon, V. (1999). "Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)." *Rev de Saúde Pública* **33**(2): 198-205.

- Fletcher, R., Fletcher, S. e Wagner, E., Eds. (2006). *Epidemiologia Clínica – Elementos Essenciais*. Porto Alegre, Artmed.
- Fontaine, K. (2007). "Why we need to pay more attention to health-related quality of life." *Arthritis Practitioner* **2**(6): 14-15.
- Fontaine, K.R., Redden, D.T., Wang, C., Westfall, A.O. e Allison, D.B. (2003) "Years of life lost due to obesity." **289**(2), 187-193 DOI: doi :10.1001/ j ama.289.2.187, from <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195748>.
- Franco, F.M.d.M., Villar, M.d.S., Almeida, J.A.A.d. e Casteleiro, J.M. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. C. d. Leitores. Lisboa: 1527.
- Fuscaldi, F.S., Balsanelli, A.C.S. e Grossi, S.A.A. (2011). "Lócus de controle em saúde e autoestima em portadores de diabetes mellitus tipo 2." *Revista Escola Enfermagem USP* **45**(4): 855-861.
- Galinha, I. e Pais Ribeiro, J. (2005). "História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo." *Psicologia, Saúde & Doenças* **6**(2): 203-204, from <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>.
- Garcia, R.W.D. (1997). "Práticas e Comportamento Alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo." *Cadernos de Saúde Pública* **13**(3): 455-467.
- Gardete Correia, L., Boavida, J.M., Fragoso de Almeida, J.P., Massano Cardoso, S., Dores, J., Sequeira Duarte, J., . . . Raposo, J. (2012_b). *Diabetes: Factos e Números 2012*. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Gardete Correia, L., Boavida, J.M., Fragoso de Almeida, J.P., Massano Cardoso, S., Dores, J., Sequeira Duarte, J., . . . Raposo, J. (2013). *Diabetes: Factos e Números 2013*. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Gardete Correia, L., Boavida, J.M., Massano Cardoso, S., Sequeira Duarte, J., Duarte, R., Ferreira, H., . . . Vaz, C. (s.d._b). *Diabetes: Factos e Números 2010*. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Gardete Correia, L., Boavida, J.M., Massano Cardoso, S., Sequeira Duarte, J., Duarte, R., Nunes, J.S., . . . Vaz, C. (s.d._a). *Diabetes: Factos e Números 2009*. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Diabetes.
- Gardete Correia, L., Fragoso de Almeida, J.P., Massano Cardoso, S., Sequeira Duarte, J., Duarte, R., Ferreira, H., . . . Raposo, J. (2012_a). *Diabetes: Factos e Números 2011*, Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

- Garrat, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. e Fitzpatrick, R. (2002). "Quality of life: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures." *BMJ Journals* **324**: 324-351, from http://www.bmj.com/highwire/filestream/361992/field_highwire_article_pdf/0/1417.1.
- Gaspar, T., Matos, M.G.d., Pais Ribeiro, J. e Gonçalves, A. (2008). Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola. Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Gill, T. e Feinstein, A. (1994). "A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements." *JAMA [abstract]* **272**(8): 619-626.
- Gonçalves, L.O. e Mella, C.T. (2003). "A tuberculose em 10 anos (1993-2002) nos concelhos de Gouveia e Seia." *Revista Portuguesa de Clínica Geral* **19**: 545-558.
- Gonzalez, B. e Pais Ribeiro, J. (2004). "Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias." *Psicologia, Saúde & Doenças* **5**(1): 107-127, from http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862004000100008&script=sci_pdf&tlng=pt.
- Gordis, L., Ed. (2011). *Epidemiologia*. Loures, Lusodidacta.
- Gouveia, C., Pereira-da-Silva, L., Virella, D., Silva, P. e Amaral, J.M.V. (2007). "Atividade física e sedentarismo em adolescentes escolarizados do concelho de Lisboa." *Acta Pediátrica Portuguesa (Sociedade Portuguesa de Pediatria)* **38**(1): 7-12.
- Greenber, R., Daniels, S., Flanders, W., Eley, J. e Boring, J. (2005). *Epidemiologia Clínica*. Porto Alegre (Brasil), Artmed.
- Hair, J.F.J., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E. e Tatham, R.L. (2009). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre (Brasil), Bookman (Artmed - Editora).
- Harris, M. e Taylor, G. (2009). *Medical and Health Science Statistics - Made Easy*. USA, Jones and Bartlet Publishers.
- Hart, H. (2003). "Quality of life of patients with type I Diabetes Mellitus." *Quality of Life Research* **12**: 1089-1097.
- Haskell, W., Lee, I., Pate, R. e Blair, S. (2007). "Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association." *Physical Activity and Public Health (American Heart Association)* **116**(9): 1081-1093.
- Hayes, M.V. (2002). "On the epistemology of risk: Language, logic and social science [Abstract]." *Social Science & Medicine* **35**(4): 401-407, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369290332K>.

- Hedley, A., Ogden, L., Johnson, C., Carroll, M., Curtin, L. e Flegal, K. (2004) "Prevalence of Overweight and Obesity Among US Children, Adolescents, and Adults, 1999-2002." **291(23)** DOI: 10.1001/jama.291.23.2847., from <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=198912>.
- Hespanhol, A.P., Couto, L. e Martins, C. (2008). "A Medicina Preventiva." Revista Portuguesa de Clínica Geral **24**: 16.
- Hicks, M.C. (2006). Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos. Loures, Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Hill, M.M. e Hill, A. (2002). Investigação por Questionário. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.
- INE, Ed. (2011). Classificação Portuguesa das Profissões 2010. Lisboa.
- INE (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.
- INE e INSA, Eds. (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística I.P.; Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge (INSA) I.P.
- Jacobson, A., Samson, J., Weinger, K. e Ryan, C. (2002). "Diabetes, the brain, and behavior: Is there a biological mechanism underlying the association between diabetes and depression?" International Review of Neurobiology **51**: 455-479.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P. e Ross, R. (2002) "Body mass index, waist circumference, and health risk: evidence in support of current National Institutes of Health guidelines." Arch Intern Med **162**, 2074-2079, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12374515>.
- Jekel, J.F., Katz, D.L. e Elmore, J.G., Eds. (2005). Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva. Porto Alegre, Artmed.
- Júlíusson, P., Graue, M., Wentzel-Larsen, T. e Søvik, O. (2007). "The impact of continuous subcutaneous insulin infusion on health-related quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes." Acta Paediatrica **95**(11): 1481-1487.
- Júnior, W.C.G. (2009) "Concepção de saúde e níveis de dor em comissários (as) de bordo praticantes e não praticantes de exercício físico ", 15, from <http://br.monografias.com/trabalhos3/concepcao-saude-dor-comissarios-bordo/concepcao-saude-dor-comissarios-bordo3.shtml#referenciaa>.
- Kaplan, G., Roberts, R., Camacho, T. e Coyne, J. (1987). "Psychosocial Predictors of Depression - Prospective evidence from the human population laboratory studies." **125**(2): 206-220, from

<http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/51492/Kaplan%20GA,%20Psychosocial%20Predictors,%201987.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Kimura, M. e Silva, J.V. (2009). "Ferrans and Powers Quality of Life Index." *Revista Escola Enfermagem USP* **43**: 1096-1102, from http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a14v43ns.pdf.

Kline, R. (2004). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York, Guilford Press.

Kluthcovsky, A. e Takayanagui, Â. (2007). "Qualidade de Vida - Aspetos conceituais." *Revista Salus-Guarapuava* **1**(1): 13-15.

Kluthcovsky, A.C.G.C. e Takayanagui, Â.M.M. (2007) "Qualidade de Vida - Aspetos Conceituais." *Revista Salus-Guarapuava-PR* **1**(1), 13-15, from <http://200.201.10.18/index.php/salus/article/viewFile/663/775>.

Kvaavik, E., Tell, G.S. e Klepp, K.-I. (2003) "Predictors and Tracking of Body Mass Index From Adolescence Into Adulthood Follow-up of 18 to 20 Years in the Oslo Youth Study." *JAMA Pediatrics* **157**(12) DOI: 10.1001/archpedi.157.12.1212, from <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481501&resultclick=1>.

544

Last, J.M. (1995). *Um Dicionário de Epidemiologia*. D. d. E. e. P. d. Saúde. Lisboa: 205.

Lourenço, S., Oliveira, A. e Lopes, C. (2010). Consumo de Álcool e Obesidade. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.

Machado, A., Nicolau, R. e Dias, C.M. (2009). "Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006)." *Revista Portuguesa de Pneumologia* **XV**(6): 1005-1027.

Macintyre, S., Ford, G. e Hunt, K. (1999). "Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness." *Social Science & Medicine* **48**(1): 89-98.

Malina, R.M. (2001). "Physical activity and fitness: Pathways from childhood to adulthood [*abstract*]." *American Journal of Human Biology* **13**(2): 162-172, from [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1520-6300\(200102/03\)13:2%3C162::AID-AJHB1025%3E3.0.CO;2-T/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1520-6300(200102/03)13:2%3C162::AID-AJHB1025%3E3.0.CO;2-T/abstract).

Manly, B.F.J. (2005). *Multivariate Statistical Methods - A primer*. USA, Chapman & Hall/CRC.

- Marmot, M.G. (2001). *Inequalities in Health - The role of Nutrition*. UK, The Caroline Walker Trust.
- Marmot, M.G. (2005). "Social determinants of health inequalities." *Lancet - International Centre for Health and Society, University College London* **365**: 1099-1104, from http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=marmot%20m&source=web&cd=26&cad=rja&uact=8&ved=0CEMQFjAFOBQ&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F7954186_Social_determinants_of_health_inequalities%2Flinks%2F00b4951efd2c2da78d000000&ei=Opo2VKWSFdGS7AbGjIH4CA&usg=AFQjCNE5QgQ52R0bDypZ6n3az2TeQqKdDg&sig2=7GpflsXqYHsMTMGLBa-aKg.
- Marmot, M.G., Davey Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., . . . Feeney, A. (1991) "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study." *Lancet - Department of Epidemiology and Public Health, University College and Middlesex School of Medicine* **8754**, 1387-1393, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1674771?dopt=Abstract>.
- Marôco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2010_a). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Lisboa, ReportNumber.
- Marôco, J. (2010_b). *Análise de Equações Estruturais – fundamentos teóricos, software & aplicações*. Portugal, ReportNumber.
- Marôco, J. e Bispo, R. (2005). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Marques, A., Arruda, I., Leal, M. e Santo, A. (2007). "Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos." *Rev Bras Geriatr Gerontol* **10**(2): 1-9.
- Marques, A.P.d.O., Arruda, I.K.G., Espírito Santo, A.C., Guerra, M.D. e Sales, T.F. (2005) "Prevalência de Obesidade e Fatores Associado em Mulheres Idosas." **49**(3), 441-448, from <http://www.scielo.br/pdf/abem/v49n3/a17v49n3.pdf>.
- Martins, A.C. (2008). *Indicadores da Qualidade de Vida nas Pessoas Utilizadoras de Cadeiras de Rodas - Uma análise exploratória dos hábitos de vida, características psicológicas, clínicas, sociodemográficas e relacionadas com tecnologias de apoio*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Porto, Universidade do Porto. **Phd**: 205.
- Martins, C.C., Figueiras, T., Santos, R. e Carvalho, C. (2010). Associação entre IMC, aptidão funcional e percepção de saúde em idosos. 14.º Congresso Português de Obesidade:

Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.

Martins, G.A., Ed. (2006). Estatística Geral e Aplicada. São Paulo, Editora Atlas.

Martins, S.S., Minderico, C.S., Palmeira, A.L. e Sardinha, L.B. (2010). Os resultados preliminares do programa PESSOA. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.

Matos, A.P.S.d. e Albuquerque, C.M.d.S. (2006). "Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação." *International Journal of Clinical and Health Psychology* (6)3: 647-663.

Matos, M.G.d. (2004). "Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional." *Análise Psicológica* 3(XXII): 449-462.

Matsudo, S., Matsudo, V. e Neto, T. (2000) "Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física (Arigo de Revisão)." 8(4), 21-32, Setembro 2015, from <http://www.lifegroup.com.br/fe10.pdf>.

Mausner e Kramer, S., Eds. (2007). Introdução à Epidemiologia. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Mausner, J. e Bahn, Eds. (1999). Introdução à Epidemiologia. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

McLellan, K.C.P., Barbalho, S.M., Cattalini, M. e Lerario, A.C. (2007) "Diabetes Mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida." 20(5), 515-524, from <http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n5/a07v20n5.pdf>.

Medronho, R.A., Carvalho, D.M.d., Bloch, K.V., Luiz, R.R. e Werneck, G.L., Eds. (2002). *Epidemiologia*. São Paulo, Atheneu.

Mello, F.M. (2014). *Dicionário de Estatística*. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.

Minayo, M., Hartz, Z. e Buss, P. (2000). "Qualidade de Vida e Saúde: Um debate necessário." *Ciência & Saúde Coletiva* 5(1): 7-18, from http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35428.PDF.

Ministério da Saúde Português e Administração Regional de Saúde do Centro (2010). *Perfil de Saúde da Região Centro*. Coimbra, Ministério da Saúde Português, Administração Regional Saúde Centro.

- , from http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/perfil%20de%20saude%20da%20ARSC%20IP_2010.pdf.
- Ministério da Saúde Português e Administração regional de Saúde do Centro, A. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Circular Normativa. Lisboa, Direção-Geral da Saúde. **N.º23/DSCS**.
- Molena Fernandes, C., Junior, N.N., Pelloso, S.M. e Cuman, R. (2005) "A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controlo do Diabetes mellitus tipo 2." **27(2)**, 195-205 DOI: 10.4025/actascihealthsci.v27i2.1427, from http://www.researchgate.net/profile/Nelson_Nardo_Junior/publication/228903990_A_importancia_da_associao_de_dieta_e_de_atividade_fisica_na_preveno_e_controle_do_Diabetes_mellitus_tipo_2/links/02bfe50fc384421f41000000.pdf.
- Morais, S.M.R.B.M.d. (2010). Viver na Alta de Lisboa: O Impacto do Sentimento Psicológico de Comunidade e das Relações de Vizinhaça no Bem-Estar Departamento de Psicologia Social e das Organizações. Lisboa, ISCTE - IUL. **Mestre: 60**.
- Mota, J., Oliveira, J., Carvalho, J., Ribeiro, J.C., Santos, M.P. e Aires, L. (2010). Atividade Física. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.
- Nunes, E., Narigão, M., Nogueira, P.J., Farinha, C.S., Somsen, E., Soares, A., . . . Oliveira, N. (2014). Portugal - Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números - 2014. Lisboa, Direção-Geral de Saúde.
- Observatório da Diabetes (2014). Diabetes: Factos & Números (Portugal 2014), Observatório da Diabetes.
- Ogden, J., Ed. (1999). Psicologia da Saúde, CLIMEPSI.
- OMS. (s.d). "Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Documento de referencia 3: Conceptos clave." Retrieved 22-11-2014, 2014, from http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/.
- Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la Salud - Glosario. Ginebra, World Health Organization, from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>.
- Oyen, H.V., Deboosere, P., Lorant, V. e Charafeddine, R. (2010). Les inégalités sociales de santé en Belgique. Gent, Academia Press, from <http://www.belspo.be/belspo/ta/publ/academia-inegalites.soc.sante.U1579.pdf>.

- Pais Ribeiro, J. (1989). "A intervenção psicológica na promoção da saúde." *Jornal de Psicologia* **8**(2): 19-22.
- Pais Ribeiro, J. (1994). "Reconstrução de uma Escala de Locus-de-Controlo de Saúde." *Psiquiatria Clínica* **15**(4): 207-214.
- Pais Ribeiro, J. (2004_a). "Avaliação das intensões comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças." *Análise Psicológica* **2 (XXII)**: 387-397.
- Pais Ribeiro, J. (2004_b). "Quality of life is a primary end-point in clinical settings." *Clinical Nutrition* **23**: 121-130.
- Pais Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra, Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. Bem-Estar e Qualidade de Vida. J. Cruz, S. Jesus e C. Nunes. Alcochete, Textiverso: 31-49.
- Patrick, D. e Erikson, P. (1993). Assessing health-related quality of life for clinical decision-making. . *Quality of life assessment: key issues in the 1990s*. S. Walker e R. Rosser. Netherlands, Springer 11-63.
- Peacock, J. e Kerry, S. (2010). *Presenting Medical Statistics from proposal to publication - A step-by-step guide*. United Kingdom, Oxford University Press.
- Peixoto, V.C.L., Miranda, M.D., Macedo, B.L. e Silva, D.A. (2010). Caracterização da população com obesidade seguida em ambulatório. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.
- Pelegrino, V., Dantas, R. e Clark, A. (2011). "Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca." *Rev Latino-Am. Enfermagem* **19**(3): 1-7, from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_02.pdf.
- Pereira, R.J., Cotta, R.M.M., Franceschini, S.d.C.C., Ribeiro, R.d.C.L., Sampaio, R.F., Priore, S.E. e Cecon, P.R. (2006). "Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos." *Rev Psiquiatria RS* **28**(1): 27-38.
- Pestana, M.H. e Gageiro, J.N. (1998). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Pestana, M.H. e Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para as Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.

- Pestana, M.H. e Gageiro, J.N. (2005). Descobrimdo a Regressão com a Complementaridade do SPSS. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.
- Pinheiro, R. e Escosteguy, C. (2002). Epidemiologia e Serviços de Saúde. Epidemiologia. R. A. Medronho, D. M. d. Carvalho, K. V. Bloch, R. R. Luiz e G. L. Werneck. São Paulo, Atheneu: 361-369.
- Pinto, C. e Pais Ribeiro, J. (2000). "A qualidade de vida de jovens/adultos submetidos a transplante renal na infância." Rev Portuguesa de Saúde Pública **18**(1): 11-19.
- Quigley, R., den Broeder, L., Furu, P., Bond, A., Cave, B. e Bos, R. (2006) " Health Impact Assessment International Best Practice Principles (Special Publication)." **5**, 1-4, from <http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5.pdf>.
- Ramalheira, A.C.d.P. e Cardoso, S.M. (1995). A caraterização do Risco - Risco relativos e odds ratio como medidas do grau de associação entre factores e doença. Coimbra, Almedina.
- Ramos, S. (2013). Diabetes em Crianças e Jovens - Qualidade de vida, atividade física e conhecimentos spbre a diabetes tipo 1. Viseu, Psicossoma.
- Ramos, S., Bernardes, A., Almeida, I. e Pereira, J. (2013). Diabetes em Crianças e Jovens - Qualidade de vida, atividade física e conhecimentos sobre a diabetes tipo 1. Diabetes em Crinças e Jovens. S. Ramos. Viseu, Psico & Soma.
- Rebelo, L. (2008). "Consulta de cessão tabágica no Centro de Saúde de Alvalade." Revista Portuguesa de Clínica Geral **24**: 13-20.
- Revicki, D., Osoba, D., Fairclough, D., Barofsky, I., Berzon, R., Leidy, N. e Rothman, M. (2000). "Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States." Quality of Life Research **9**(8): 887-900.
- Rezende, F.A.C., Rosado, L.E.F.P.L., Ribeiro, R.d.C.L., Vidigal, F.d.C., Vasques, A.C.J., Bonard, I.S. e Carvalho, C.R.d. (2006) "Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de risco Cardiovascular." Arquivo Brasileiro de Cardiologia **6**, 728-734, from <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n6/08.pdf>.
- Ribeiro, J.C., Wanderley, F., Carvalho, J. e Mota, J. (2010). Sobrecarga ponderal em idosos, usando o IMC ou a % MG, e a sua relação com a massa muscular. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.

- Robalo, J., Marques, J.A., Diniz, A., Leça, A., Nunes, E., Nogueira, P., . . . Prazeres, V. (2012_a). Perfil de Saúde em Portugal. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. P. Ferrinho, J. Simões, M. d. C. Machado e F. George. Lisboa, Direção Geral de Saúde: 2-41.
- Robalo, J., Marques, J.A., Diniz, A., Leça, A., Nunes, E., Nogueira, P., . . . Prazeres, V. (2012_b). Indicadores e Metas em Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. P. Ferrinho, J. Simões, M. d. C. Machado e F. George. Lisboa, Direção Geral de Saúde: 2-41.
- Rodriguez-Rosero, J.E., Ferriani, M.d.G.C. e DelaColeta, M.F. (2002). "Escala de Locus de Controle da Saúde - MHLC: Estudos de Validação." *Revista Latino-am Enfermagem* **10**(2): 179-184.
- Romero, A., Ortiz, M. e Navas, M. (2010). "Predictors of quality of life in patients with type 1 Diabetes Mellitus." *Clínica y Salud* **21**: 35-47.
- Rotevatn, S., Akslen, L.A. e Bjelke, E. (2004) "Lifestyle and mortality among Norwegian men (*Abstract*)." *Preventive Medicine* **18**, 433-443 DOI: 10.1016/0091-7435(89)90003-0, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2798367>.
- Salgado, P.C.B. e Souza, E.A.P. (2003) "Variáveis psicológicas envolvidas na qualidade de vida de portadores de epilepsia." 165-168, from <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17246.pdf>.
- Santos, C. (2007). *Estatística Descritiva - Manual de Auto-aprendizagem*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Santos, D. e Sichieri, R. (2005). "Índice Massa Corporal é indicadores antropométricos de adiposidade em idosos." *Saúde Pública* **39**(2): 163-168.
- Santos, L. (2004). *Caracterização Sócio-Económica dos Concelhos - Concelho de Coimbra*. Coimbra, from <http://especial.imgs.sapo.pt/multimedia/pdf/local/Coimbra.pdf>.
- Santos, R. e Pereira, J. (2008). "O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias." *Revista Portuguesa de Saúde Pública* **26**(1): 25-37.
- Sardinha, L.B. (1999). *Exercício, Saúde e aptidão metabólica. Promoção da Saúde - Modelos e Práticas de intervenção nos âmbitos da atividade física, nutrição e tabagismo*. L. B. Sardinha, M. Gaspar de Matos e I. Loureiro. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana: 85-102.
- Sardinha, L.B., Martins, S.S., Palmeira, A.L. e Minderico, C.S. (2010). *O Modelo do Programa PESSOA. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (Programa e Resumos)*, Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.

- Sarturi, J.B., Neves, J.d. e Peres, K.G. (2010) "Obesidade em adultos: estudo de base populacional num município de pequeno porte no sul do Brasil em 2005." **15(1)**, 105-113, from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a16v15n1.pdf>.
- Schumacker, R. e Lomax, R. (2004). A beginner's guide to structural equation modeling. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Seedhouse, D. (2006). Health: The Foundations for Achievement. England, John Wiley & Sons Ltd.
- Seefeldt, V., Malina, R.M. e Clarck, M.A. (2002) "Factors Affecting Levels of Physical Activity in Adults [Abstract]." *Sports Medicine* **32**, 143-168 DOI: 0112-1642/02/0003-0143, from <http://link.springer.com/article/10.2165/00007256-200232030-00001>.
- Seidl, E. e Zannon, C. (2004). "Qualidade de Vida e Saúde: Aspetos concetuais e metodológicos." *Cadernos de Saúde Pública* **20(2)**: 580-598.
- Shepard, R.J. (1990). "Sport physical fitness and the costs of public health." *Sport Science Review* **13**: 9-13.
- Siegrist, J. (2011). "Social Determinants of Health - Contributions from European Health and Medical Sociology." *Politica y Sociedad* **48(2)**: 249-258.
- Silva, A., Caldeira, J., Santos, M. e Barbosa, S. (2010). Caracterização e Avaliação do controlo da HTA na ilha do Pico Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas Universidade Nova de Lisboa.
- Silva, G., Aires, L., Santos, M.P., Mota, J., Oliveira, J.M. e Ribeiro, J.C. (2010). Obesidade, atividade física, aptidão cardiorespiratória e fatores de risco cardiovascular. 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.
- Silva, I., Pais Ribeiro, J., Cardoso, H. e Ramos, H. (2003). "Qualidade de Vida e complicações crónicas da diabetes." *Análise Psicológica* **2**: 185-194.
- Silveira, E.A., Kac, G. e Barbosa, L.S. (2009) "Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: Classificação da obesidad segundo dois pontos de corte do índice massa corporal." **25**, 1569-1577, from <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/15.pdf>.
- Silvestre, A.L. (2007). *Análise de Dados e Estatística Descritiva*. Lisboa, Escolar Editora.
- Sousa, J., Loureiro, I. e Carmo, I. (2010). Obesidade infanto-juvenil em Portugal - Que realidade? 14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão

- Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (*Programa e Resumos*), Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.
- Speight, J., Reaney, M. e Barnard, K. (2009). "Not all roads lead to Rome—a review of quality of life measurement in adults with diabetes." *Diabetic Medicine* **26**(4): 315-327.
- Stone, D.B., R.W., A., Macrina, D.M. e Pankau, J.W., Eds. (1999). *Introdução à Epidemiologia*. Lisboa, McGraw Hill.
- Straub, R. e Costa, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre, Artmed.
- Stunkard, A.J., Faith, M.S. e Allison, K.C. (2003). "Depression and Obesity." *Society of Biological Psychiatry* **54**: 330-337.
- Szklo, M. e Nieto, F.J. (2007). *Epidemiology - Beyond the Basics*. USA, Jones and Bartlet.
- Tabachnick, B.G. e Fidel, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. USA, Pearson International Edition.
- Tardido, A. e Falcão, M. (2006). "O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade." *Rev Bras Nut Clin* **2**(21): 117-124.
- Timm, L.A., Argimon, I.I.L. e Wendt, G.W. (2011). "Correlação entre domínios de qualidade de vida e locus de controle da saúde em idosos residentes na comunidade." *Scientia Medica* **21**(1): 9-13.
- Trincão, V. (2009). *Comunicação intrafamiliar sobre o final de vida e a morte*. Faculdade de Medicina. Lisboa, Universidade de Lisboa. **Mestre**: 215.
- Umberson, D. (2002) "Gender, marital status and the social control of health behavior (*Abstract*)."
Social Science & Medicine **34**, 907-917 DOI: 10.1016/0277-9536(92)90259-S, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1604380>.
- União Europeia, E. (2003). *The health Status of the European Union – Narrowing the health gap*, from http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/health_status_en.pdf.
- Varo, J., Martínez-González, M., Irala-Estévez, J., Kearney, J., Gibney, M. e Martínez, J. (2003) "Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union." **32**, 138-146 DOI: DOI: 10.1093/ije/dyg018, from <http://ije.oxfordjournals.org/content/32/1/138.full.pdf+html>.
- Venturim, L.M.d.V.P. e Cade, N.V. (2007). "Efeitos do Programa "P.E.S.O" (Promoção de Estilo de Vida Saudável na Obesidade) sobre variáveis antropométricas, hemodinâmicas e bioquímicas." *Rev Brasileira de Atividade Física & Saúde* **12**(1): 19-26.

- Venturini, C.D., Engroff, Gomes, I. e Carli, G.A. (2013). "Prevalência de Obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional do Sul do Brasil." *Rev Brasileira de Geriatria e Gerontologia* **16**(3): 591-601.
- Vintém, J.M. (2008). "Ínquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de gênero e da escolaridade." *Revista Portuguesa de Saúde Pública* **26**(2): 5-16.
- Wanderley, E.N. e Ferreira, V.A. (2010). "Obesidade: uma perspectiva plural." *Ciência & Saúde Coletiva* **15**(1): 185-194, from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a24v15n1.pdf>.
- Westfall, P.H. e Henning, K.S. (2013). *Understanding Advanced Statistical Methods*. USA, Chapman & Hall Book - CRC Press Taylor & Francis Group.
- Wetzler, H.P. e Cruess, D.F. (1985). "Self-reported Physical Health Practices and Health Care Utilization: Findings from the National Health Interview Survey." *American Journal of Public Health* **75**(11): 1329-1330.
- WHO. (2002_a). "Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial." from <http://www.who.int/chronic-conditions>.
- WHO (2002_b). *Reducing risks, promoting healthy life: World Health Report 2002*. Geneva, World Health Organization.
- WHO. (2004_a, 06/09/2012). "BMI classification." from http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
- WHO (2004_b). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva, World Health Organization, from http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.
- WHO (2013). *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*, World Health Organization, from <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>.
- WHO. (2015_a, Janeiro). "Obesity and overweight - Key facts." Retrieved Maio de 2015, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- WHO. (2015_b, Janeiro). "What are overweight and obesity?" Retrieved Maio de 2015, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- WHO. (2015_c, Janeiro). "Physical activity." 385. Retrieved Maio de 2015, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>.
- WHO. (2015_d). "Nutrition." Retrieved Junho de 2015, 2015, from <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>.

WHO. (2015e, Setembro). "Healthy diet." 394 Retrieved setembro, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>.

WHOQOL (2004). "The World Health Organization quality of life assessment: Position paper from the World Health Organization." *Social Science & Medicine* **41**(10): 1403-1409.

Wilkinson, R. e Marmot, M.G. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen, from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf.

Woodward, M. (2005). *Epidemiology - Study design and data analysis*. USA, Chapman & Hall/CRC.

5. ANEXOS

5.1 ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE





Comportamentos de Saúde, Costumes e Estilos de Vida

Indicadores Epidemiológicos de Risco na Avaliação de Estados de Saúde e Doença

Equipa de Investigação:

Doutorando: João Paulo de Figueiredo

Orientação Científica: Prof. Doutor Salvador Massano Cardoso

N.º de Inquérito: _____

PARTE I: IDENTIFICAÇÃO BIOGRÁFICA

1. NOME (COMPLETO): _____

2. FREGUESIA: _____

4. SEXO: Feminino ₁ Masculino ₂

5. IDADE: ____ anos

6. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/_____

7. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

- Só sabe ler e escrever ₁
- 1.º Ciclo Incompleto (1.ª...3.ª Classe) ₂
- 1.º Ciclo do Ensino Básico ₃
- 2.º Ciclo do Ensino Básico (5.º e 6.º Ano) ₄
- 3.º Ciclo do Ensino Básico (7.º até 9.º Ano) ₅
- Ensino Secundário (10.º até 12.º Ano) ₆
- Ensino Técnico/Profissional ₇
- Bacharelato ₈
- Licenciatura ₉
- Mestrado/Doutoramento ₁₀
- Outra Condição: _____

8. NACIONALIDADE: _____

9. GRUPO ÉTNICO:Branco ₁; Negro ₂; Asiático ₃; Cigano ₄.

Outra: _____

10. ESTADO CIVIL LEGAL:

- Solteiro(a) ₁
- Casado(a)/União de Facto ₂
- Divorciado(a)/Separado(a) ₃
- Viúvo(a) ₄

11. VIVE CONJUGALMENTE:

- Sim ₁
- Não ₂

12. TEM FILHOS?

- Sim ₁ Quantos: _____
- Não ₂

13. SITUAÇÃO RELIGIOSA/ESPIRITUAL – Se escolher a opção “Sem religião” passe, por favor, para a pergunta 14.

- Católica/Apostólica ₁
- Muçulmana ₂
- Protestante ₃
- Judaíca ₄
- Outra Qual: _____

▪ Sem religião ₅**13.1 ENQUANTO RELIGIOSO CONSIDERA-SE:**

- Praticante (Activo) ₁
- Não Praticante ₂

14. NO QUE DIZ RESPEITO À SUA HABITAÇÃO (ACTUAL)

- Habitação Própria ₁
- Arrendamento ₂

14.1 TIPO DE HABITAÇÃO:

- Casa/moradia ₁
- Apartamento ₂
- Outro, especifique: _____

15. SITUAÇÃO PROFISSIONAL (ACTUAL) – Se escolher a opção “Reformado” passe, por favor, para a Pergunta 16. Se escolher a opção “Desempregado” passe, por favor, para a Pergunta 17.

- Trabalhador (Activo) ₁
- Desempregado ₂
- Reformado ₃
- Estudante ₄

15.1. ENQUANTO TRABALHADOR, QUAL(AIS) O(S) SECTOR(ES) ONDE EXERCE A ACTIVIDADE PROFISSIONAL:

- Administração Pública ₁
- Sector Empresarial Público ₂
- Sector privado por conta Outrem ₃
- Sector privado por conta própria ₄

15.2 QUAL O TIPO DE VÍNCULO LABORAL (ACTUAL)?

- Contrato de trabalho por tempo indeterminado (Quadro) ₁
- Contrato de trabalho a termo ₂
- Contrato em comissão de serviço ₃
- Outro (por favor especifique): _____



15.3 QUAL A SUA PROFISSÃO ACTUAL: _____

16 SE É “REFORMADO”, INDIQUE HÁ QUANTO TEMPO SE ENCONTRA NESTA CONDIÇÃO: _____ meses/anos*

16.1 QUAL FOI A SUA ÚLTIMA PROFISSÃO: _____

16.2 QUANTO TEMPO EXERCEU ESTA ÚLTIMA PROFISSÃO: _____ meses/anos*

17 SE É “DESEMPREGADO”, INDIQUE HÁ QUANTO TEMPO SE ENCONTRA NESTA CONDIÇÃO: _____ meses/anos*

17.1 QUAL FOI A SUA ÚLTIMA PROFISSÃO: _____

17.2 QUANTO TEMPO EXERCEU ESTA ÚLTIMA PROFISSÃO: _____ meses/anos*

* Riscar o que não interessa

18. NO QUE DIZ RESPEITO AO CONFORTO DA SUA HABITAÇÃO COMO A CLASSIFICA (POR FAVOR, ESCOLHA SÓ UMA OPÇÃO):

18.1	Casas ou andares luxuosos ou muito grandes oferecendo aos moradores o máximo conforto	<input type="checkbox"/>	1
18.2	Categoria intermédia: casas ou andares que sem serem tão luxuosas como as da categoria precedente são, não obstante, espaçosos e confortáveis	<input type="checkbox"/>	2
18.3	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho	<input type="checkbox"/>	3
18.4	Categoria intermédia entre a pergunta 18.3 e a 18.5	<input type="checkbox"/>	4
18.5	Alojamentos impróprios para uma vida decente. Choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade	<input type="checkbox"/>	5

19. QUANTO AO ASPECTO DO BAIRRO ONDE HABITA COMO O CLASSIFICA (POR FAVOR, ESCOLHA UMA SÓ OPÇÃO)

19.1	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados	<input type="checkbox"/>	1
19.2	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas	<input type="checkbox"/>	2
19.3	Ruas comerciais ou estreitas e antigas com casas de aspecto geral menos confortável e zonas rurais não degradadas	<input type="checkbox"/>	3
19.4	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc.	<input type="checkbox"/>	4

20. NO QUE DIZ RESPEITO AOS RENDIMENTOS FAMILIARES, SELECIONE, POR FAVOR, UMA DAS CINCO OPÇÕES SEGUINTE:

20.1	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (posse de propriedades, etc.)	<input type="checkbox"/>	1
20.2	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados (altos vencimentos), etc.	<input type="checkbox"/>	2
20.3	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo. Tipo funcionário com vencimento certo)	<input type="checkbox"/>	3
20.4	Os rendimentos resultam de salários; ou seja remuneração por semana, jornada, horas a tarefa (remunerações incertas)	<input type="checkbox"/>	4
20.5	Beneficência pública ou privada e que sustenta o indivíduo ou a família (assistência). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	<input type="checkbox"/>	5



PARTE II: INVENTÁRIO CLÍNICO

ESTADO DE SAÚDE¹

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedíamos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

PARA AS PERGUNTAS 1 E 2, POR FAVOR COLOQUE UM CÍRCULO NO NÚMERO QUE MELHOR DESCREVE A SUA SAÚDE.

	ÓPTIMA	MUITO BOA	BOA	RAZOÁVEL	FRACA
1. Em geral diria que a sua saúde é	1	2	3	4	5
	MUITO MELHOR	COM ALGUMAS MELHORAS	APROXIMADAMENTE IGUAL	UM POUCO PIOR	MUITO PIOR
2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual	1	2	3	4	5

3. AS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM SÃO SOBRE ACTIVIDADES QUE EXECUTA NO SEU DIA-A-DIA. SERÁ QUE A SUA SAÚDE O/A LIMITA NESTAS ACTIVIDADES? SE SIM, QUANTO? – POR FAVOR ASSINALE COM UM CÍRCULO UM NÚMERO EM CADA LINHA

	SIM, MUITO LIMITADO(A)	SIM, UM POUCO LIMITADO(A)	NÃO, NADA LIMITADO(A)
a) Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes...	1	2	3
b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa...	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia...	1	2	3
d) Subir vários lanços de escada	1	2	3
e) Subir um lanço de escada	1	2	3
f) Inclinarse, ajoelhar-se ou baixar-se...	1	2	3
g) Andar mais de 1km	1	2	3
h) Andar várias centenas de metros	1	2	3
i) Andar uma centena de metros	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho(a)	1	2	3

4. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS TEVE, NO SEU TRABALHO OU ACTIVIDADES DIÁRIAS, ALGUM DOS PROBLEMAS APRESENTADOS A SEGUIR COMO CONSEQUÊNCIA DO SEU ESTADO DE SAÚDE FÍSICO?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	SEMPRE	A MAIOR PARTE DO TEMPO	ALGUM TEMPO	POUCO TEMPO	NUNCA
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado(a) no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, TEVE COM O SEU TRABALHO OU COM AS SUAS ACTIVIDADES DIÁRIAS, ALGUM DOS PROBLEMAS APRESENTADOS A SEGUIR DEVIDO A QUAISQUER PROBLEMAS EMOCIONAIS (TAL COMO SENTIR-SE DEPRIMIDO(A) OU ANSIOSO(A)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	SEMPRE	A MAIOR PARTE DO TEMPO	ALGUM TEMPO	POUCO TEMPO	NUNCA
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades...	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria...	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume...	1	2	3	4	5

¹ (SF-36 2.ª VERSÃO)



PARA CADA UMA DAS PERGUNTAS 6, 7 E 8, POR FAVOR PONHA UM CÍRCULO NO NÚMERO QUE MELHOR DESCREVE A SUA SAÚDE.

	ABSOLUTAMENTE NADA	POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	IMENSO
6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?	1	2	3	4	5

	NENHUMAS	MUITO FRACAS	LIGEIRAS	MODERADAS	FORTES	MUITO FORTES
7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?	1	2	3	4	5	6

	ABSOLUTAMENTE NADA	POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	IMENSO
8. Durante as últimas 4 semanas de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?	1	2	3	4	5

9. AS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM PRETENDEM AVALIAR A FORMA COMO SE SENTIU E COMO LHE CORRERAM AS COISAS NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? PARA CADA PERGUNTA, COLOQUE POR FAVOR UM CÍRCULO À VOLTA DO NÚMERO QUE MELHOR DESCREVE A FORMA COMO SE SENTIU

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	SEMPRE	A MAIOR PARTE DO TEMPO	ALGUM TEMPO	POUCO TEMPO	NUNCA
a) Se sentiu cheio(a) de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervoso(a)?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido(a) que nada o(a) animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo(a) e tranquilo(a)?	1	2	3	4	5
e) Se sentiu muita energia?	1	2	3	4	5
f) Se sentiu deprimido(a)?	1	2	3	4	5
g) Se sentiu estafado(a)?	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i) Se sentiu cansado(a)?	1	2	3	4	5

	SEMPRE	A MAIOR PARTE DO TEMPO	ALGUM TEMPO	POUCO TEMPO	NUNCA
10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?	1	2	3	4	5

11. POR FAVOR, DIGA EM QUE MEDIDA SÃO VERDADEIRAS OU FALSAS AS SEGUINTE AFIRMAÇÕES. PONHA UM CÍRCULO PARA CADA LINHA.

	ABSOLUTAMENTE VERDADE	VERDADE	NÃO SEI	FALSO	ABSOLUTAMENTE FALSO
a) Parece que adoço mais facilmente do que os outros...	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar...	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é óptima...	1	2	3	4	5



LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE

Instruções: Vai encontrar, a seguir, um conjunto de afirmações acerca da maneira como as pessoas pensam acerca da saúde. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a **A** significa que “discorda totalmente da afirmação” e que você nunca a faria; se assinalar a letra **G** significa que “concorda totalmente” e que corresponde totalmente à sua maneira de pensar. Entre estes dois extremos tem ainda 5 possibilidades (5 letras) de escolha, consoante estiver mais em desacordo ou de acordo com a sua maneira de pensar. Assinale apenas uma das letras. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que assinalar são igualmente correctas.

Peço-lhe que reflecta bem na resposta que der, de modo que ela expresse a maneira como pensa.

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO TOTALMENTE
1. Procurar o médico para fazer check-ups regulares é um factor chave para se manter saudável	A	B	C	D	E	F	G
2. O facto de as pessoas se sentirem bem ou não, depende, muitas vezes, do acaso	A	B	C	D	E	F	G
3. As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte	A	B	C	D	E	F	G
4. Em saúde não se pode invocar quase nunca "má sorte"	A	B	C	D	E	F	G
5. Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente, bons cuidados médicos	A	B	C	D	E	F	G
6. Recuperar de uma doença não tem nada a ver com a sorte	A	B	C	D	E	F	G
7. Ter ou não boa saúde é, apenas, uma questão de sorte	A	B	C	D	E	F	G
8. Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar muitas doenças	A	B	C	D	E	F	G
9. Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente	A	B	C	D	E	F	G
10. No que diz respeito à saúde, as pessoas têm, apenas, de seguir as instruções do seu médico	A	B	C	D	E	F	G
11. Quando alguém recupera de uma doença é, normalmente, porque algumas pessoas (por ex. o médico ou enfermeira, família, amigos) tomaram bem conta dela	A	B	C	D	E	F	G
12. Muitas das coisas que afectam a saúde das pessoas são fruto do acaso	A	B	C	D	E	F	G
13. A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença	A	B	C	D	E	F	G
14. Consultarem regularmente um bom médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde	A	B	C	D	E	F	G



ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA

Instruções: Para cada uma das perguntas seguintes, por favor escolha o número que melhor exprime o **Grau de Satisfação** relativamente a cada uma das áreas da sua vida. Por favor, faça um círculo à volta do número que escolher. Não há respostas certas ou erradas.

Qual é o seu Grau de Satisfação com:	MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	POUCO INSATISFEITO	POUCO SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
1. A sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Os cuidados de saúde que recebe?	1	2	3	4	5	6
3. As dores que tem?	1	2	3	4	5	6
4. A energia que tem para realizar as actividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. A capacidade que tem para cuidar de si próprio/própria sem ajuda?	1	2	3	4	5	6
6. A capacidade que tem para se deslocar dentro de casa e sair à rua?	1	2	3	4	5	6
7. A capacidade que tem para falar?	1	2	3	4	5	6
8. O controlo que tem sobre a sua vida?	1	2	3	4	5	6
9. A capacidade que tem manter os seus pulmões limpos (sem secreções)?	1	2	3	4	5	6
10. As possibilidades que tem de viver uma vida tão longa quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
11. A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
12. Os seus filhos (se tiver)?	1	2	3	4	5	6
13. A felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
14. A sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
15. A sua/seu esposa(o) ou companheiro(a)? (se tiver)	1	2	3	4	5	6
16. O facto de não ter esposa(o) ou companheiro(a)? (se não tiver)	1	2	3	4	5	6
17. Os seus amigos?	1	2	3	4	5	6
18. O apoio Emocional que recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
19. O apoio Emocional que recebe de pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
20. A sua capacidade para cumprir as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
21. A sua utilidade para os outros?	1	2	3	4	5	6
22. A quantidade de preocupações que tem na sua vida?	1	2	3	4	5	6
23. Os seus vizinhos?	1	2	3	4	5	6
24. A sua casa, apartamento ou lugar onde vive?	1	2	3	4	5	6
25. O seu trabalho? (se tiver)?	1	2	3	4	5	6
26. O facto de não ter trabalho? (se tiver desempregado, reformado ou com incapacidade para trabalhar)	1	2	3	4	5	6
27. A sua educação/ escolaridade?	1	2	3	4	5	6
28. A sua capacidade para satisfazer as suas necessidades financeiras?	1	2	3	4	5	6
29. Aquilo que faz para se divertir?	1	2	3	4	5	6
30. As suas possibilidades de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
31. A sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
32. A sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
33. Os objectivos pessoais que atingiu?	1	2	3	4	5	6
34. A sua felicidade em geral?	1	2	3	4	5	6
35. A sua vida em geral?	1	2	3	4	5	6
36. A sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
37. Consigo próprio(a) em geral?	1	2	3	4	5	6



Instruções: Para cada uma das perguntas seguintes, por favor escolha o número que melhor exprime o **Grau de Importância** relativamente a cada uma das áreas da sua vida. Por favor, faça um círculo à volta do número que escolher. Não há respostas certas ou erradas.

Quanto Importante é para si:	SEM IMPORTÂNCIA NENHUMA	SEM IMPORTÂNCIA	IMPORTÂNCIA INSIGNIFICANTE	POUCO IMPORTANTE	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE
1. A sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Os cuidados de saúde que recebe?	1	2	3	4	5	6
3. As dores que tem?	1	2	3	4	5	6
4. A energia que tem para realizar as actividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. A capacidade que tem para cuidar de si próprio/própria sem ajuda?	1	2	3	4	5	6
6. A capacidade que tem para se deslocar dentro de casa e sair à rua?	1	2	3	4	5	6
7. A capacidade que tem para falar?	1	2	3	4	5	6
8. O controlo que tem sobre a sua vida?	1	2	3	4	5	6
9. A capacidade que tem manter os seus pulmões limpos (sem secreções)?	1	2	3	4	5	6
10. As possibilidades que tem de viver uma vida tão longa quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
11. A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
12. Os seus filhos (se tiver)?	1	2	3	4	5	6
13. A felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
14. A sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
15. A sua/seu esposa(o) ou companheiro(a)? (se tiver)	1	2	3	4	5	6
16. O facto de não ter esposa(o) ou companheiro(a)? (se não tiver)	1	2	3	4	5	6
17. Os seus amigos?	1	2	3	4	5	6
18. O apoio Emocional que recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
19. O apoio Emocional que recebe de pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
20. A sua capacidade para cumprir as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
21. A sua utilidade para os outros?	1	2	3	4	5	6
22. A quantidade de preocupações que tem na sua vida?	1	2	3	4	5	6
23. Os seus vizinhos?	1	2	3	4	5	6
24. A sua casa, apartamento ou lugar onde vive?	1	2	3	4	5	6
25. O seu trabalho? (se tiver)?	1	2	3	4	5	6
26. O facto de não ter trabalho? (se tiver desempregado, reformado ou com incapacidade para trabalhar)	1	2	3	4	5	6
27. A sua educação/ escolaridade?	1	2	3	4	5	6
28. A sua capacidade para satisfazer as suas necessidades financeiras?	1	2	3	4	5	6
29. Aquilo que faz para se divertir?	1	2	3	4	5	6
30. As suas possibilidades de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
31. A sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
32. A sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
33. Os objectivos pessoais que atingiu?	1	2	3	4	5	6
34. A sua felicidade em geral?	1	2	3	4	5	6
35. A sua vida em geral?	1	2	3	4	5	6
36. A sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
37. Consigo próprio(a) em geral?	1	2	3	4	5	6



INVENTÁRIO – O MEU ESTILO DE VIDA

Instruções: neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia-a-dia em diversas áreas que estão associadas à saúde. Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	QUASE SEMPRE	COM MUITA FREQUÊNCIA	MUITAS VEZES	OCASIONAL	QUASE NUNCA
1. Faço Exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana.	A	B	C	D	E
2. Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
3. Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (ex. corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)	A	B	C	D	E
4. Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.	A	B	C	D	E
5. Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.	A	B	C	D	E
6. Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.	A	B	C	D	E
7. Não bebo mais do que duas bebidas alcoólicas por dia.	A	B	C	D	E
8. Durmo o n.º de horas suficientes para me sentir repousado.	A	B	C	D	E
9. Mantenho as minhas vacinas em dia.	A	B	C	D	E
10. Verifico anualmente a minha pressão arterial.	A	B	C	D	E
11. Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.	A	B	C	D	E
12. Vou anualmente ao médico fazer um checkup.	A	B	C	D	E
13. Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.	A	B	C	D	E
14. Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.	A	B	C	D	E
15. Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.	A	B	C	D	E
16. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.	A	B	C	D	E
17. Evito fumar.	A	B	C	D	E
18. Evito ingerir alimentos com gordura.	A	B	C	D	E
19. Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola.	A	B	C	D	E
20. Evito tomar estimulantes...	A	B	C	D	E
21. Evito tomar tranquilizantes.	A	B	C	D	E
22. Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (bolos, chocolates, rebuçados, etc.).	A	B	C	D	E
23. Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.	A	B	C	D	E
24. Evito os ambientes muito ruidosos.	A	B	C	D	E
25. Evito os ambientes que tenham o ar poluído.	A	B	C	D	E
26. Evito mudar de parceiro sexual.	A	B	C	D	E
27. Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal.	A	B	C	D	E
28. Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.	A	B	C	D	E



Nesta parte do inquérito iremos realizar um conjunto de perguntas sobre informações gerais acerca da sua saúde bem como identificar determinadas doenças que se encontram actualmente presentes ou que já se teriam manifestado no passado.

- DADOS ANTROPOMÉTRICOS E GERAIS -

1.1 ALTURA (O QUE CONSTE NO BI): _____ (cm) 1.2 PESO (ACTUAL): _____ (Kg)

1.3 PERÍMETROS: CINTURA: _____ (cm) ANCA: _____ (cm) PESCOÇO: _____ (cm)

1.4 QUAL DAS ENTIDADES QUE PASSAREMOS A REFERIR É BENEFICIÁRIO EM MATÉRIA DE CUIDADOS DE SAÚDE (pode escolher mais do que uma opção)²:

- ADSE (Assistência à Doença a Serviço do Estado) ₁
- SSMJ (Serviço do Ministério da Justiça) ₂
- ADMA (Assistência à Doença Militar Armada) ₃
- ADFA (Assistência à Doença Militar da Força Aérea) ₄
- ADME (Assistência à Doença de Militares do Exército) ₅
- SAD/PSP (Serviço de Assistência à Doença à PSP) ₆
- SAD/GNR (Serviço de Assistência à Doença à GNR) ₇
- SAMS (Serviço de Acção Médica da Sociedade dos Bancários) ₈
- SNS (Serviço Nacional de Saúde) ₉
- SRS (Serviço Regional de Saúde) ₁₀
- Outro, qual: _____

1.5 QUAL DAS ENTIDADES QUE PASSAREMOS A REFERIR RECORRE MAIS:

- ADSE ₁
- SSMJ ₂
- ADMA ₃
- ADFA ₄
- ADME ₅
- SAD/PSP ₆
- SAD/GNR ₇
- SAMS ₈
- SNS ₉
- SRS ₁₀

1.6 POSSUI ALGUM SEGURO DE SAÚDE? (Se responder “Não” passe por favor, para a pergunta 1.7)

- Sim ₁
- Não ₂

1.6.1 SE “SIM”, COM QUE FREQUÊNCIA O UTILIZA (N.º DE DIAS POR ANO): _____ DIAS

1.7 De uma maneira geral como considera o seu “Estado de Saúde”

MUITO BOM	BOM	RAZOÁVEL	MAU OU MUITO MAU	SEM OPINIÃO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- INFORMAÇÕES SOBRE DOENÇAS

2.1 DURANTE A ADOLESCÊNCIA SOFREU DE ALGUMA DOENÇA QUE O TENHA MARCADO (NÃO CRÓNICA)? (Se responder “Não” passe por favor, para a pergunta 2.2)

- Sim ₁
- Não ₂

2.1.1 SE “SIM”, INDIQUE QUAL(AIS):

Designação: _____	Idade: _____ (anos)
Designação: _____	Idade: _____ (anos)
Designação: _____	Idade: _____ (anos)

2.2 DURANTE A VIDA ADULTA SOFRE/SOFREU DE ALGUMA DOENÇA QUE O TENHA MARCADO (NÃO CRÓNICA)? (Se responder “Não” passe por favor, para a pergunta seguinte referente às Informações de Doenças Crónicas)

- Sim ₁
- Não ₂

2.2.1 SE “SIM”, INDIQUE QUAL(AIS):

Designação: _____	Idade: _____ (anos)
Designação: _____	Idade: _____ (anos)
Designação: _____	Idade: _____ (anos)

² Quando não indicar nenhum subsistema deverá ser considerado beneficiário do Serviço Nacional de Saúde.



As Perguntas Seguintes referem-se a Informações sobre “DOENÇAS CRÓNICAS”. Se na eventualidade na **ADOLESCÊNCIA** ou na **VIDA ADULTA** não possuir nenhuma Doença Crónica passe, por favor, para a **Pergunta 2.2.**

2.1 SOFREU/SOFRE DE ALGUMA DOENÇA CRÓNICA NOS DIFERENTES PERÍODOS DE VIDA, O DIAGNÓSTICO CONSUMO DE MEDICAMENTOS

	ADOLESCÊNCIA		ADULTO		DIAGNOSTICADO P/ MÉDICO		DIAGNOSTICADO P/ ENFERMEIRO		OUTRO PROFISSIONAL	TOMA MEDICAMENTOS OU FAZ TRATAMENTOS		SE TOMA MEDICAMENTOS É DE CONSUMO REGULAR?	
	SIM	IDADE QUE OCORREU	SIM	IDADE QUE OCORREU	SIM	NÃO	SIM	NÃO		Sim	Não	Sim	Não
1. Tensão Arterial Alta (Hipertensão)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doença Reumática	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Artrite Reumatóide	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dor Crónica ³	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Depressão	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Diabetes	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Asma	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bronquite crónica, Enfisema	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Glaucoma	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Retinopatia	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tumor Maligno/Cancro	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pedra nos Rins	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Insuficiência Renal	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ferida Crónica ⁴	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Enfisema	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Acidente Vascular Cerebral	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Doença Isquémica Cardíaca	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Enfarte do Miocárdio	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sífilis	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. SIDA	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Obesidade	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ansiedade Crónica	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Artrose da Anca	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Artrose do Joelho	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Lombalgias	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Incontinência Urinária	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Angina de Peito	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Alergias	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Rinite	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Cirrose	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hipotireoidismo	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Hipertireoidismo	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Outra doença:	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³ (Dor constante ou repetitiva durante, pelo menos, três meses – 4.º Inquérito Nacional de Saúde)

⁴ Úlceras nas pernas, escaras.

2.2 NO QUE DIZ RESPEITO À DOENÇA CRÓNICA, POSSUI ANTECEDENTES FAMILIARES FACE ÀS MESMAS?

	ANTECEDENTES FAMILIARES	
	Sim	Não
1. Tensão Arterial Alta (Hipertensão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doença Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Artrite Reumatóide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dor Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bronquite crónica, Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Retinopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tumor Maligno/Cancro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pedra nos Rins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Insuficiência Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ferida Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Acidente Vascular Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Doença Isquémica Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Enfarte do Miocárdio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ansiedade Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Artrose da Anca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Artrose do Joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Lombalgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Incontinência Urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Angina de Peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Rinite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Cirrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hipotireoidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Hipertireoidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Outra doença:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 HABITUALMENTE, PARA OS SEUS CUIDADOS DE SAÚDE RECORRE AO(S):

- Centro de Saúde
- Hospital
- Consultório Particular
- Outro

Qual: _____

Instruções: As perguntas que vamos passar a realizar dizem respeito a “CUIDADOS DE SAÚDE”. As mesmas incidem sobre as consultas mais recentes, quer tenham sido realizadas nos Centros de Saúde, Consultório Particular, em Casa, quer em meio Hospitalar.

2.4 NOS ÚLTIMOS 3 MESES QUANTAS VEZES É QUE CONSULTOU O MÉDICO: _____ VEZES

2.5 QUANTO À ÚLTIMA CONSULTA, A QUE MÉDICO FOI: _____

2.6 QUANTO À ÚLTIMA CONSULTA, ONDE FOI A ÚLTIMA CONSULTA: _____

2.7 QUANTO À ÚLTIMA CONSULTA, ESTA FOI DE CLÍNICA GERAL? (Se responder “Sim” passe, por favor, para a pergunta 2.9)

- Sim
- Não

2.8 QUANTO À ÚLTIMA CONSULTA, ESTA FOI DE ESPECIALIDADE

- Sim
- Não

2.9 QUAL A RAZÃO PRINCIPAL PORQUE FOI A ESSA ÚLTIMA CONSULTA? (Se escolher a opção “Por outra Razão” passe, por favor, à pergunta 2.10.1)

- Para ter Baixa
- Porque se sentiu doente
- Para pedir receitas ou exames
- Por outra razão

2.10. SE OPTOU POR UMA DAS 3 PRIMEIRAS OPÇÕES, O QUE TEVE (QUE DOENÇA FOI)

2.10.1 SE FOI POR “OUTRA RAZÃO”, SELECIONE A(S) OPÇÃO(ÕES) QUE PASSAMOS A APRESENTAR

- Exame de Rotina (sem ser doença)
- Medicina do trabalho
- Consulta de Vigilância da Gravidez e puerpério
- Realização de exames complementares de diagnóstico
- Realização de tratamento
- Medição da Tensão Arterial
- Obtenção de certificados
- Mostrar resultados de exames
- Exame de rotina (motivado por uma doença)
- Acidente
- Outros motivos

Qual(ais): _____



Instruções: As duas perguntas seguintes são acerca de **MEDICAMENTOS** que tenha tomado nas últimas duas semanas e que tenham sido receitados por um médico e comprados numa farmácia.

2.11 TOMOU MEDICAMENTOS RECEITADOS (PÍLULAS CONTRACEPTIVAS OU OUTRAS HORMONAS, POMADAS, CREMES, INJECCÕES, VACINAS), NESTAS DUAS SEMANAS:

- Sim ₁
- Não ₂

2.11.1 SE “SIM”, PARA QUE EFEITO(S) FOI(ORAM):

2.12 TOMOU MEDICAMENTOS NÃO RECEITADOS POR UM MÉDICO (INCLUINDO VITAMINAS E MINERAIS), NESTAS DUAS SEMANAS (Se responder “Não” passe, por favor, para a pergunta 2.13 – “Saúde Oral”)

- Sim ₁
- Não ₂

2.12.1 SE “SIM”, PARA QUE EFEITO(S) FOI(ORAM):

- Dores ₁
- Constipação, Gripe ou inflamação da garganta ₂
- Sintomas alérgicos (eczema, rinite) ₃
- Problemas do Estômago ₄
- Vitaminas, minerais ou tónicos (fortificantes) ₅
- Outros medicamentos ₆

Se sim, qual: _____

Se sim, qual: _____

As perguntas seguintes irão incidir sobre a “SAÚDE ORAL”.

2.13 JÁ CONSULTOU ALGUMA VEZ UM ESTOMATOLOGISTA, DENTISTA, HIGIENISTA OU OUTRO TÉCNICO DE SAÚDE DENTÁRIA?: (Se responder Não, passe, por favor, para a Pergunta 2.13.3).

- Sim ₁
- Não ₂

2.13.1 SE “SIM”, CONSULTOU-O(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES?:

- Sim ₁
- Não ₂

2.13.2 SE “SIM”, QUAL(AIS) A(S) RAZÃO(ÕES) DA ÚLTIMA CONSULTA:

- Porque estava com dores ou outra situação de urgência ₁
- Para extrair um dente ₂
- Para fazer uma prótese dentária (placa) ₃
- Porque queria conhecer o estado de saúde da boca ₄
- Porque faz todos os anos uma visita ao dentista ₅
- Para fazer uma higienização (limpeza) da boca ₆
- Para aplicar selantes de fissura ₇
- Por outras razões ₈
- Qual(ais): _____

2.13.3 SE RESPONDEU “NÃO”, QUAL A RAZÃO PRINCIPAL PORQUE NÃO CONSULTOU?:

- Porque não precisa ₁
- Porque não há dentista na localidade onde mora ₂
- Porque é difícil marcar uma consulta ₃
- Porque é muito caro ₄
- Por outras razões ₅
- Qual(ais): _____

2.14 POSSUI PRÓTESE DENTÁRIA (PLACA)? (Se responder Não, passe, por favor, para a Pergunta 2.15).

- Sim ₁
- Não ₂

2.14.1 SE “SIM”, QUE TIPO DE PRÓTESE (PLACA) É:

- Placa Total ₁
- Placa parcial ₂

2.14.1 ESCOVA A PRÓTESE (PLACA) DENTÁRIA QUANTAS VEZES POR DIA:

- Não escova ₁
- Escova menos de 1 vez por dia ₂
- Uma vez por dia ₃
- Mais de uma vez por dia ₄



2.15 TEM POR HÁBITO ESCOVAR OS DENTES? (Se responder “Nunca”, passe por favor, para a pergunta 3.1 “Inventário de Cuidados Preventivos”)

- Nunca ₁
- Às vezes ₂
- Uma vez ao dia ₃
- Duas vezes ao dia ₄
- Mais de duas vezes ao dia ₅

2.16 TEM POR HÁBITO ESCOVAR OS DENTES ANTES DE DEITAR?

- Sim ₁
- Não ₂

2.17 ALÉM DA PASTA DENTÍFRICA E DA ESCOVA USA MAIS ALGUM PRODUTO PARA A SUA HIGIENE ORAL?

- Sim ₁
- Não ₂

2.17.1 SE “SIM”, IDENTIFIQUE O QUE UTILIZA:

- Fio dentário ₁
- Escovilhões ₂
- Líquido para bochechar ₃
- Outros produtos ₄
-

As perguntas seguintes são dirigidas só às **Mulheres**. Se não for passe, por favor, para o “Inventário de Cuidados Preventivos”

3.1. SEGUNDO A RECOMENDAÇÃO CLÍNICA E CIENTÍFICA ACTUAL, REALIZA MAMOGRAFIA? (se respondeu “Não” ou “Não sabe” esta pergunta passe, por favor, para a pergunta 3.2)

- Sim ₁
- Não ₂
- Não sabe ₃

3.1.1 SE SIM, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A FEZ? _____ (ano)

3.2. TEM POR HÁBITO REALIZAR CITOLOGIA (ESFREGAÇO VAGINAL/ TESTE DE PAPANICOLAU)? (se respondeu “Não” ou “Não sabe” esta pergunta passe, por favor, para o Inventário de Cuidados Preventivos)

- Sim ₁
- Não ₂
- Não sabe ₃

3.2.1 SE SIM, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A FEZ? _____ (ano)

INVENTÁRIO DE CUIDADOS PREVENTIVOS

Instruções: As perguntas que se seguem referem-se aos cuidados que as pessoas podem ter para prevenir as doenças

4.1. JÁ SE VACINOU ALGUMA VEZ CONTRA A GRIPE? (se responder “Não” ou “Não sabe” passe, por favor, para a pergunta 4.2)

- Sim ₁
- Não ₂
- Não sabe ₃

4.1.1 SE SIM, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE SE VACINOU CONTRA A GRIPE? _____ (ano e mês, ex: 2010, Setembro)

4.2. TEM POR HÁBITO MEDIR A SUA TENSÃO ARTERIAL? (se respondeu “Não” ou “Não sabe” esta pergunta passe, por favor, para a pergunta 4.3)

- Sim ₁
- Não ₂
- Não sabe ₃

4.2.1 SE SIM, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A MEDIU?

- Há menos de 3 meses ₁
- Entre 3 a 5 meses ₂
- Entre 6 meses e um ano ₃
- Entre 1 e 3 anos ₄
- Há mais de 3 anos ₅
- Não sabe ₆

4.3. TEM POR HÁBITO VERIFICAR O SEU COLESTEROL?

- Sim ₁
- Não ₂
- Não sabe ₃

4.3.1 SE SIM, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O MEDIU?

- Há menos de 3 meses ₁
- Entre 3 a 5 meses ₂
- Entre 6 meses e um ano ₃
- Entre 1 e 3 anos ₄
- Há mais de 3 anos ₅
- Não sabe ₆

PARTE III: ESTILOS DE VIDA

Nesta parte do questionário iremos realizar um conjunto de perguntas que irão reflectir determinados Hábitos, Costumes e Comportamentos no presente/actualidade (**vida Adulta**). Não existem respostas “certas” ou “erradas” mas queremos que responda com a maior sinceridade possível.

- INVENTÁRIO DE HÁBITOS TABÁGICOS -

1. HÁBITOS TABÁGICOS (Se responder “Ex-fumador” passe, por favor, para a Pergunta 1.11. Se responder “Não fumador” passe para a Pergunta 1.17).

- Fumador ₁ ou Ex-fumador ₂ ou Não fumador ₃

AS PERGUNTAS SEGUINTE DEVE SER RESPONDIDAS ENQUANTO "FUMADOR":

1.1 INDIQUE QUANTOS CIGARROS POR DIA, SEMANA, MÊS*, EM MÉDIA, FUMA? _____

1.2 COM QUE IDADE INICIOU O CONSUMO DE TABACO? _____ anos

1.3 INDIQUE, APROXIMADAMENTE, HÁ QUANTOS ANOS FUMA? _____ anos

1.4. QUAL A FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE TABACO?

- Muito raramente ₁
- Ocasionalmente ₂
- Diariamente ₃

1.5 ALTURA DO DIA QUE MAIS FUMA:

- De manhã ₁
- Meio da Manhã ₂
- Almoço ₃
- Meio da tarde ₄
- Jantar ₅
- Igual durante todo dia ₆

1.6 JÁ ALTEROU O CONSUMO DE TABACO FACE À MARCA? (Se responder "Não" passe, por favor, à Pergunta 1.7)

- Sim ₁
- Não ₂

1.6.1 SE SIM, A(S) RAZÃO(ÕES)/MOTIVO(S) FOI(ORAM):

- Inferior Concentração de Nicotina ₁
 - Moda ₂
 - Influência de amigos/família ₃
 - Querer deixar de fumar ₄
 - Outro ₅
- Qual: _____

1.7 JÁ TENTOU DEIXAR DE FUMAR? (Se responder "Não" passe, por favor, à Pergunta 1.8)

- Sim ₁
- Não ₂

1.7.1 SE SIM, QUANTAS VEZES O FEZ AO LONGO DA VIDA: _____ vez(es)

1.7.2 SE SIM, RECORREU A AJUDA MÉDICA? (Se responder

"Não" passe, por favor, à Pergunta 1.7.4)

- Sim ₁
- Não ₂

1.7.3 SE TEVE AJUDA MÉDICA O QUE O LEVOU A REINICIAR O CONSUMO? (pode escolher mais do que uma opção)

- Influência dos familiares ₁
- Influência de amigos ₂
- Problemas familiares ₃
- Falta de apoio Médico ₄
- Falta de apoio amigos/familiares ₅
- Falta de força de vontade ₆
- Desmotivação ₇
- Motivos Financeiros ₈
- Motivos Profissionais ₉
- Outro: _____

1.7.4 NO CASO DE JÁ TER TENTADO DEIXAR DE FUMAR SOZINHO (SEM TERAPIA OU AJUDA MÉDICA) O QUE O LEVOU A REINICIAR O CONSUMO? (pode escolher mais do que uma opção)

- Influência dos familiares ₁
- Influência de amigos ₂
- Problemas familiares ₃
- Falta de apoio amigos/familiares ₄
- Falta de força de vontade ₅
- Desmotivação ₆
- Motivos Financeiros ₇
- Motivos Profissionais ₈
- Outro ₉
- Qual: _____

1.8 HÁ DOIS ANOS ATRÁS FUMAVA MENOS, O MESMO OU MAIS?

- Fumava menos ₁
- Fumava o mesmo ₂
- Fumava mais ₃
- Não Fumava ₄
- Não sabe ₅

1.9 TIPO DE TABACO FUMA (ex: normal, light...): _____

1.10 MARCA DE TABACO QUE FUMA HABITUALMENTE (ex: SG Gigante, Filtro...): _____

AS PERGUNTAS SEGUINTE DEVE SER RESPONDIDAS ENQUANTO "EX-FUMADOR":

1.11 HÁ QUANTO TEMPO DEIXOU DE FUMAR? _____ meses/anos*

1.12 COM QUE IDADE INICIOU A FUMAR? _____ anos

1.13 INDIQUE QUANTOS CIGARROS POR DIA, EM MÉDIA, FUMAVA? _____

1.14 INDIQUE, APROXIMADAMENTE, QUANTOS ANOS FUMOU? _____ anos

1.15. QUAL ERA A FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE TABACO?

- Muito raramente ₁
- Ocasionalmente ₂
- Diariamente ₃

1.16 QUAL(AIS) O(S) MOTIVO(S) QUE O LEVARA(M) A DEIXAR DE FUMAR? (Pode indicar mais do que uma opção)

- Influência dos familiares ₁
- Influência de amigos ₂
- Problemas familiares ₃
- Problemas de Saúde ₄
- Conselho Médico ₅
- Motivos Financeiros ₆
- Motivos Profissionais ₇
- Não gostar do cheiro do fumo ₈

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medo de problemas de saúde no futuro <input type="checkbox"/>₉ ▪ Deixou de gostar de fumar <input type="checkbox"/>₁₀ ▪ Não gostava da dependência do tabaco <input type="checkbox"/>₁₁ ▪ Desejar ter uma boa condição física <input type="checkbox"/>₁₂ ▪ Porque alguns dos seus colegas deixaram de fumar <input type="checkbox"/>₁₃ | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Por conhecer pessoas doentes devido ao tabaco <input type="checkbox"/>₁₄ ▪ Outro Qual: _____ |
|---|--|

*Riscar o que não interessa

AS PERGUNTAS SEGUINTE DEVE SER RESPONDIDAS ENQUANTO “NÃO-FUMADOR”:

1.17 INDIQUE, POR FAVOR, QUAL(AIS) O(S) MOTIVO(S) PARA O NÃO CONSUMO?

- Influência dos familiares ₁
- Influência de amigos ₂
- Educação Familiar ₃
- Não ter ninguém na família que fumasse ₄
- Influência da Escola/ Religião, etc. ₅
- Motivos Saúde ₆
- Razões Financeiras ₇
- Motivos Profissionais ₈
- Outro ₉
- Qual: _____

- INVENTÁRIO SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES -

Instruções: Esta secção irá incidir num conjunto de perguntas sobre o que as pessoas costumam comer e beber. Antes de responder gostaria de informar que por “Refeições Principais” entende-se por: Pequeno-almoço, Almoço e Jantar.

AS PERGUNTAS SEGUINTE DEVE SER RESPONDIDAS FACE AO SEU DIA-A-DIA (ACTUALIDADE):

2.1 QUANTAS REFEIÇÕES FAZ HABITUALMENTE POR DIA: _____ *por dia*

2.2 QUANTAS REFEIÇÕES (PRINCIPAIS) FAZ HABITUALMENTE FORA DE CASA: _____ *por semana*

2.3 MODIFICOU OS SEUS HÁBITOS ALIMENTARES? (Se responder “Não” passe, por favor para a pergunta 2.4)

- Sim ₁
- Não ₂

2.3.1 SE “SIM”, HÁ QUANTO TEMPO? _____ meses/anos*

2.3.2 O QUE O MOTIVOU A ALTERAR OS HÁBITOS ALIMENTARES?

2.3.3 QUAL(AIS) A(S) PRINCIPAL(AIS) ALTERAÇÃO(ÕES) PERCEPCIONADAS?

2.4 BEBE ÁGUA? (Se responder “Não” passe, por favor para a pergunta 2.5)

- Sim ₁
- Não ₂

2.4.1 SE “SIM”, QUANTIDADE BEBE? _____ copos (25cl) dia

* Riscar o que não interessa

2.5 COM QUE FREQUÊNCIA USA OS SEGUINTE TIPOS DE CULINÁRIA?

	1 OU + VEZES/DIA	4 – 6 VEZES/SEMANA	1 - 3 VEZES/SEMANA	<1 VEZ/SEMANA
Cozidos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Assados	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Fritos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Grelhados	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Estufados	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Crus	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

2.6 NA MAIORIA DAS VEZES:

• COMO COME O PEIXE?	<input type="checkbox"/> Cozido	<input type="checkbox"/> Grelhado	<input type="checkbox"/> Frito	<input type="checkbox"/> Assado	<input type="checkbox"/> Estufado	<input type="checkbox"/> Cru
• COMO COME A CARNE?	<input type="checkbox"/> Cozido	<input type="checkbox"/> Grelhado	<input type="checkbox"/> Frito	<input type="checkbox"/> Assado	<input type="checkbox"/> Estufado	<input type="checkbox"/> Cru
• O QUE FAZ COM A GORDURA DA CARNE?	<input type="checkbox"/> tira toda	<input type="checkbox"/> tira a maioria	<input type="checkbox"/> tira um pouco	<input type="checkbox"/> não tira		
• O QUE FAZ COM A PELE DO FRANGO?	<input type="checkbox"/> tira toda	<input type="checkbox"/> tira a maioria	<input type="checkbox"/> tira um pouco	<input type="checkbox"/> não tira		
• COSTUMA USAR SAL NA MESA?	<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Nunca		

2.7 Na sua opinião qual o tipo de alimentação que pratica habitualmente?

TIPO MEDITERRÂNIC	VEGETARIANA	MACROBIÓTICA	TIPO FAST-FOOD	OUTRO TIPO	NÃO SEI
-------------------	-------------	--------------	----------------	------------	---------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.8 Qual a gordura mais frequentemente usada na confecção das suas refeições (escolha uma só opção)

ÓLEO VEGETAL	AZEITE	MARGARINA	MANTEIGA	BANHA	NENHUMA
--------------	--------	-----------	----------	-------	---------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.9 QUE TIPO DE ALIMENTOS INGERE HABITUALMENTE:

Pense durante o último ano quantas vezes por dia, semana ou mês em média consumiu cada um dos alimentos que vão ser referidos.⁵ Se responder “**Sim**” deverá indicar, por favor, a frequência com que consumiu nas colunas seguintes:

PRODUTOS LÁCTEOS	NÃO ME LEMBRO			<1 MÊS	1-3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2-4 POR SEMANA	5-6 POR SEMANA	1 POR DIA	2-3 POR DIA	4-5 POR DIA	6+ POR DIA
	NÃO	SI	M									
1. Leite gordo (1 chávena, 250ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leite meio-gordo (1 chávena, 250ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leite magro (1 chávena, 250ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Iogurte (um, 125g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Queijo curado, semi-curado ou cremoso (uma fatia, 30g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sobremesas lácteas: pudim flan, pudim de chocolate, etc. (um)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gelados (um, 2 bolas ou copo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OVOS, CARNES E PEIXES	NÃO ME LEMBRO			<1 MÊS	1-3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2-4 POR SEMANA	5-6 POR SEMANA	1 POR DIA	2-3 POR DIA	4-5 POR DIA	6+ POR DIA
	NÃO	SI	M									
8. Ovos (um)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Frango (1 porção ou 2 peças, 150g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Peru, coelho (1 porção ou 2 peças, 150g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Carne de vaca, porco, cabrito como prato principal (1 porção, 120g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fígado de vaca, porco, frango (1 porção, 130g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Língua, mão de vaca, tripas, chispe, coração, rim (1 porção, 100g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fiambre, chouriço, salpicão, presunto, etc. (1 porção, 20g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁵ Questionário Semi-Quantitativo de Frequência Alimentar

OVOS, CARNES E PEIXES (Cont.)	NÃO ME LEMBRO	NÃO	SIM	<1 MÊS	1-3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2-4 POR SEMANA	5-6 POR SEMANA	1 POR DIA	2-3 POR DIA	4-5 POR DIA	6+ POR DIA
15. Salsichas (3 médias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Toucinho e Bacon (2 fatias, 50g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Peixe gordo: Sardinha, cavala, carapau, etc. (1 porção, 125g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Peixe Magro: pescada, faneca, linguado, etc. (1 porção, 125g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bacalhau (1 porção, 125g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Peixe conserva: atum, sardinhas, etc (1 lata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Lulas, polvo (1 porção, 100g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Camarão (1 porção, 100g) amêijoas, mexilhão, etc. (1/2 chávena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÓLEOS E GORDURAS	NÃO ME LEMBRO	NÃO	SIM	<1 MÊS	1-3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2-4 POR SEMANA	5-6 POR SEMANA	1 POR DIA	2-3 POR DIA	4-5 POR DIA	6+ POR DIA
23. Azeite (1 colher de sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Óleos: girassol, milho, soja (1 colher de sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Margarina (1 colher chá)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Manteiga (1 colher chá)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PÃO, CEREAIS E SIMILARES	NÃO ME LEMBRO	NÃO	SIM	<1 MÊS	1-3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2-4 POR SEMANA	5-6 POR SEMANA	1 POR DIA	2-3 POR DIA	4-5 POR DIA	6+ POR DIA
27. Pão branco ou tostas (1 ou 2 fatias forma, 50g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Pão (tostas) integral, centeio, mistura (1 ou 2 fatias forma, 50g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Broa, broa de Avintes (1 fatia, 80g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Arroz cozinhado (meio prato, 100g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Massas: esparguete, macarrão cozinhadas (meio prato, 100g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Batatas fritas (1 porção, 100g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Batatas cozidas, assadas, estufadas (2 batatas médias, 160g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOCES E PASTEIS	NÃO ME LEMBRO	NÃO	SIM	<1 MÊS	1-3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2-4 POR SEMANA	5-6 POR SEMANA	1 POR DIA	2-3 POR DIA	4-5 POR DIA	6+ POR DIA
34. Bolachas tipo Maria, água e sal, ou integrais (3 bolachas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Outras bolachas ou biscoitos (3 bolachas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Croissant, pasteis (1) ou bolos caseiros (1 fatia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Chocolate barra (3 quadrados) ou em pó (1 colher de sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Marmelada, compota, geleia, mel (1 colher de sobremesa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Açúcar (1 colher sobremesa ou pacote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HORTALIÇAS E LEGUMES	FREQUÊNCIA			PERÍODO								
	NÃO ME LEMBRO	NÃO	SIM	<1 MÊS	1-3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2-4 POR SEMANA	5-6 POR SEMANA	1 POR DIA	2-3 POR DIA	4-5 POR DIA	6+ POR DIA
40. Couve branca e lombardo cozinhadas (1/2 chávena, 75g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Penca, tronchuda cozinhadas (1/2 chávena, 65g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Couve galega cozinhada (1/2 chávena, 65g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Brócolos cozinhados (1/2 chávena, 85g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Couve-flor, couve de Bruxelas cozinhada (1 chávena, 135g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Grelos, Nabiças, Espinafres cozinhados (1/2 chávena, 72g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Feijão verde cozinhado (1/2 chávena, 65g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Alface, Agrião (1/2 chávena, 15g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Cebola (1 média)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Cenoura (1 média)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Nabo (1 médio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Tomate fresco (1/2 médio, 63g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Pimento (1/2 médio, 68g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Pepino (1/4 médio, 50g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Leguminosas cozinhadas: feijão, grão de bico (1 chávena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Ervilha grão, fava cozinhadas (1/2 chávena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRUTOS	NÃO ME LEMBRO	NÃO	SIM	<1 MÊS	1-3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2-4 POR SEMANA	5-6 POR SEMANA	1 POR DIA	2-3 POR DIA	4-5 POR DIA	6+ POR DIA
56. Maçã, pêra (uma média)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Laranjas (1 média) tangerinas (2 médias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Banana (1 média)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Kiwi (um médio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Morangos (1 chávena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Cerejas (1 chávena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Pêssego (1 médio), ameixa (3 médias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Melão, melancia (1 fatia média, 150g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Dióspiro (1 médio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Figo fresco, nêspera, damascos (3 médios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Uvas (1 cacho médio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Frutos conserva: pêssego, ananás (2 metades ou rodelas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Frutos secos: amêndoas, avelãs, amendoins, etc. (meia-chávena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Azeitonas (6 unidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



COMPORTAMENTOS DE SAÚDE, COSTUMES E ESTILOS DE VIDA

- INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE RISCO NA AVALIAÇÃO DE ESTADOS DE SAÚDE E DOENÇA -

BEBIDAS E MISCELÂNEAS	NÃO ME LEMBRO	NÃO	SIM	<1 MÊS	1-3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2-4 POR SEMANA	5-6 POR SEMANA	1 POR DIA	2-3 POR DIA	4-5 POR DIA	6+ POR DIA
	70. Vinho (1 copo, 125ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Cerveja (1 garrafa ou copo, 330ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Bebidas brancas: aguardente, whisky, brandy, etc. (1 cálice, 40ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Refrigerantes: Sumol, laranjada, etc. (1 garrafa ou 1 copo, 330ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Coca-Cola (1 garrafa ou 1 copo, 330ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Café (1 chávena café)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Chá preto (1 chávena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Croquetes, rissóis, bolinhos de bacalhau, etc. (3 unidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Maionese (1 colher sobremesa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Molho de tomate, ketchup (1 colher de sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Pizza (meia pizza tamanho normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Hambúrguer (1 médio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Sopa de legumes (1 prato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Existe algum alimento ou bebida que eu não tenha mencionado e que tenha consumido pelo menos 1 vez por semana mesmo em pequenas quantidades, ou numa época em particular. Por exemplo: flocos de cereais, frutas exóticas, farinha de pão, canja, albeiras, farinheiras, produtos dietéticos, rebuçados, ice-tea, bebidas espirituosas...

ALIMENTOS	<1 MÊS	1-3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2-4 POR SEMANA	5-6 POR SEMANA	1 POR DIA	2-3 POR DIA	4-5 POR DIA	6+ POR DIA
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- INVENTÁRIO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS -

3.1 TEM POR HÁBITO CONSUMIR ÁLCOOL? (Se responder “Não” passe, por favor, para a Pergunta 3.11; Se for “Ex-consumidor”, passe, por favor, para a Pergunta 3.7).

- Sim ₁
- Não ₂
- Ex-consumidor ₃

AS PERGUNTAS SEGUINTE DEVE SER RESPONDIDAS ENQUANTO “CONSUMIDOR”:

3.2 COM QUE IDADE, APROXIMADAMENTE, INICIOU O CONSUMO DE ÁLCOOL? _____ anos

3.3 QUE TIPO BEBIDA(S) ALCOÓLICA(S) CONSUME, QUANTIDADE (N.º DE COPOS) E SUA FREQUÊNCIA POR DIA?

N.º de copos	DURANTE A SEMANA						DURANTE O FIM-DE-SEMANA					
	Pequeno-almoço	Meio da Manhã	Almoço	Meio da Tarde	Jantar	Durante a noite	Pequeno-almoço	Meio da Manhã	Almoço	Meio da Tarde	Jantar	Durante a noite
▪ Vinho branco, tinto, verde, rosé (1 copo, 125ml)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
▪ Cerveja (1 garrafa ou copo, 330ml)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
▪ Aguardente, brandy, bagaço (1 cálice, 40ml)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
▪ Whisky/Gin/Vodka (1 cálice, 40ml)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
▪ Batidos (com álcool)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
▪ Outro(s):	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

- 3.6** QUAL(AIS) O(S) LOCAL(AIS) ONDE HABITUALMENTE CONSUME ÁLCOOL?
- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> Restaurante | <input type="checkbox"/> ₅ |
| <input type="checkbox"/> Trabalho | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> Discoteca/Rave Party | <input type="checkbox"/> ₆ |
| <input type="checkbox"/> Café | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> Festas Particulares (Anos, Casamentos, etc.) | <input type="checkbox"/> ₇ |
| <input type="checkbox"/> Bar/Pub | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> Outro local | <input type="checkbox"/> ₈ |
| | | <input type="checkbox"/> Qual: _____ | |

AS PERGUNTAS SEGUINTE DEVE SER RESPONDIDAS ENQUANTO “EX-CONSUMIDOR”:

3.7 COM QUE IDADE, APROXIMADAMENTE, INICIOU O CONSUMO DE ÁLCOOL? _____ anos

3.8 ÍNDIQUE O NÚMERO DE ANOS, EM MÉDIA, QUE CONSUMIU ÁLCOOL? _____ anos

3.9 HÁ QUANTO TEMPO DEIXOU DE BEBER? _____ (meses ou anos)*

* Riscar o que não interessa

- 3.10** QUAL(AIS) O(S) MOTIVO(S) QUE O LEVARA(M) A DEIXAR DE BEBER? (pode indicar mais do que uma opção)
- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Influência dos familiares | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> Não gostar do sabor do álcool | <input type="checkbox"/> ₈ |
| <input type="checkbox"/> Influência de amigos | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> Medo de problemas de saúde no futuro | <input type="checkbox"/> ₉ |
| <input type="checkbox"/> Problemas familiares | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> Deixou de gostar de beber | <input type="checkbox"/> ₉ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> Não gostava da dependência do álcool | <input type="checkbox"/> ₉ |
| <input type="checkbox"/> Conselho Médico | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> Desejar ter uma boa condição física | <input type="checkbox"/> ₉ |
| <input type="checkbox"/> Motivos Financeiros | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> Porque alguns colegas deixaram de beber | <input type="checkbox"/> ₉ |
| <input type="checkbox"/> Motivos Profissionais | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> Por conhecer pessoas doentes devido ao álcool | <input type="checkbox"/> ₉ |
| | | <input type="checkbox"/> Outro qual: _____ | |

A PERGUNTA SEGUINTE DEVE SER RESPONDIDA ENQUANTO “NÃO CONSUMIDOR”:

3.11 ÍNDIQUE, QUAL(AIS) A(S) RAZÃO(S) PARA NUNCA CONSUMIR ÁLCOOL (pode escolher mais do que uma opção):

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Influência de familiares | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> Por não ter conhecimento de benefícios para a saúde | <input type="checkbox"/> ₇ |
| <input type="checkbox"/> Influência de amigos/colegas/vizinhos | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> Por motivos escolares (à data) | <input type="checkbox"/> ₈ |
| <input type="checkbox"/> Por doença | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> Outro Qual: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Por motivos laborais | <input type="checkbox"/> ₄ | | |
| <input type="checkbox"/> Por não gostar | <input type="checkbox"/> ₅ | | |
| <input type="checkbox"/> Por nenhum familiar beber | <input type="checkbox"/> ₆ | | |

- INVENTÁRIO SOBRE ACTIVIDADE FÍSICA -

As perguntas que se seguem procuram conhecer os seus **hábitos de actividade desportiva na actualidade**. Por favor, responda com a maior sinceridade.

4.1 QUANTAS HORAS DORME, EM MÉDIA, POR DIA? _____ horas

4.2 QUANTAS HORAS POR SEMANA TRABALHA? _____ horas/semanais (Se não trabalha passe, por favor, para a **Pergunta 4.5**)

4.3 COMO SE DESLOCA HABITUALMENTE PARA O EMPREGO E QUANTO TEMPO DEMORA? (Ida e Volta do Emprego)

	SIM	NÃO	<i>minutos/dia</i>
<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____
<input type="checkbox"/> Carro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____
<input type="checkbox"/> Transportes Públicos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____
<input type="checkbox"/> Outro, qual: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____

4.4 QUE TIPO DE ACTIVIDADE TEM NO SEU EMPREGO?

	SIM	NÃO
<input type="checkbox"/> Está sentado a maior parte do tempo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
<input type="checkbox"/> Está de pé e anda, mas sem outra actividade física	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
<input type="checkbox"/> Está de pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objectos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
<input type="checkbox"/> Tem actividade física pesada	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

4.5 PRÁTICA ALGUM DESPORTO? (Se “**Não**” pratica actividade desportiva passe, por favor, para a **Pergunta 4.9**).

- Sim ₁
- Não ₂

4.5.1 SE SIM, QUE TIPO(S) DE ACTIVIDADE(S) DESPORTIVA(S) PRÁTICA (POR SEMANA):

			<i>n.º de Vezez</i>	<i>tempo sessão (hora)</i>	LOCAL/ESPAÇO	
	SIM	NÃO			Aberto	Fechado
▪ Futebol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
▪ Andebol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
▪ Atletismo (corrida)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
▪ Natação	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
▪ Basquetebol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
▪ Voleibol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
▪ Ginástica	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
▪ Ginásio (Manutenção)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
▪ Caminhadas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
▪ Outra: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

4.6 ENQUANTO PRATICANTE DE ACTIVIDADE DESPORTIVA, A SUA PRÁTICA É DO TIPO:

- Profissional ₁
- Amador ₂
- Outra ₃
- Qual: _____

- Por prazer ₃
- Por obrigação médica ₄
- Por influencia de amigos/familiares ₅
- Benefícios para a saúde ₆
- Outro ₇
- Qual: _____

4.7 A PRÁTICA DE ACTIVIDADE DESPORTIVA É DE FORMA:

- Isolado(a) das pessoas ₁
- Acompanhado(a) ₂

4.7.1 AO AFIRMAR QUE PRÁTICA ACTIVIDADE DESPORTIVA ACOMPANHADA, A SUA PREFERÊNCIA É POR:

- Desportos Colectivos ₁
- Espaços Públicos com pessoas a fazer desporto (*Ginásio, Caminhada, etc.*) ₂
- Outro, qual: _____

4.9 SE “NÃO” PRÁTICA ACTIVIDADE DESPORTIVA, INDIQUE O(S) MOTIVO(S) PARA ESSA NÃO PRÁTICA:

- Não gostar de praticar ₁
- Não me sentir motivado(a) pessoalmente ₂
- Por desinteresse ₃
- Por vergonha de me expor ₄
- Por recomendação médica ₅
- Por problemas de saúde ₆
- Por falta de espaços públicos/privados para a prática desportiva ₇
- Outro(s) Motivo(s) ₈
- Qual(ais): _____

4.8 QUAL(AIS) É (SÃO) O(S) OBJECTIVO(S) DA PRÁTICA DESPORTIVA?

- Manutenção ₁
- Competição ₂

PARTE IV: INVENTÁRIO SOCIOBIOGRÁFICO

Nesta parte do questionário iremos realizar um conjunto de perguntas que irão incidir sobre determinados contextos sociais quer na adolescência quer na vida adulta. Não existem respostas “certas” ou “erradas” mas queremos que responda com a maior sinceridade possível.

FAMÍLIA DE ORIGEM E RESIDÊNCIA

1.1 A SUA ÁREA DE RESIDÊNCIA (FREGUESIA) ACTUAL É A MESMA DA QUE TEVE DURANTE O PERÍODO DE ADOLESCÊNCIA? (Se responder “Sim” passe para a Pergunta 1.2)

- Sim ₁
- Não ₂

1.1.2 SE “NÃO”, A SUA ANTIGA RESIDÊNCIA ERA EM PORTUGAL (CONTINENTAL E ILHAS)? (Se responder “Não” passe, por favor, para a pergunta 1.1.4)

- Sim ₁
- Não ₂

1.1.3 SE RESPONDEU “SIM” À PERGUNTA ANTERIOR, A SUA ANTIGA RESIDÊNCIA PERTENCIA À FREGUESIA: _____ DO CONCELHO: _____

1.1.4 SE RESPONDEU “NÃO”, A SUA ANTIGA RESIDÊNCIA PERTENCIA A QUE PAÍS? _____



1.2 DURANTE A ADOLESCÊNCIA, COMO CLASSIFICAVA A SUA FAMÍLIA QUANTO À COMPOSIÇÃO DO SEU AGREGADO (Se responder “**Família Nuclear ou Família Alargada**” passe, por favor, para a **pergunta 2.1 – Actividades Sociais, Culturais e Religiosas**):

- Família Monoparental ₁
- Família Nuclear (Pai e Mãe) ₂
- Família Alargada (Pai, Mãe, Avós, Tios) ₃
- Outra Condição, qual: _____

ACTIVIDADES SOCIAIS, CULTURAIS E RELIGIOSAS

2.1 DURANTE A ADOLESCÊNCIA PERTENCEU A ALGUMA RELIGIÃO?

(Se respondeu “**não**” ou “**não sei**” passe, por favor, para a **Pergunta 2.3 “Actividades de Lazer”**)

- Sim ₁
- Não ₂
- Não sei ₃

2.1.1 SE SIM, INDIQUE QUAL: _____

2.1.2 PARTICIPAVA NA CELEBRAÇÃO DE CULTOS, MISSAS, SESSÕES RELIGIOSAS?

- Sim ₁
- Não ₂

2.2 CHEGOU A INTEGRAR ALGUM GRUPO DE CATEQUESE ENQUANTO CATECANDO OU CATEQUISTA?

- Sim ₁ Se sim, quanto tempo: _____ anos
- Não ₂

2.3 NO QUE DIZ RESPEITO A ACTIVIDADES DE LAZER QUE TIPO DE ACTIVIDADE(S) REALIZAVA E RESPECTIVA FREQUÊNCIA:

	Não	Sim	Raramente	Algumas Vezes	Sempre
▪ Festas particulares (em casa, garagem, café, etc..)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Discotecas/Pubs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Ler (Revistas, Livros, Jornais, ...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Conversar (familiares/amigos/vizinhos)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Frequentar Centros Comerciais	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Passear ao ar livre (rua, jardins, parques verdes)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Ver televisão	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Ir ao cinema/teatro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Praticar Actividade Física	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

2.4 DURANTE A ADOLESCÊNCIA PARTICIPOU EM ALGUM DOS SEGUINTE GRUPOS/SITUAÇÕES (Se responder “**Não**” em todas as opções, passe, por favor para a **pergunta 3.1 “Actividades de Trabalho”**):

	Não	Sim	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	SEMPRE
▪ Associação Recreativa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Associação de Escuteiros	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Clube de Desporto (Natação, futebol, ciclismo...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Associação Política	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Associação de Estudantes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Outra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ Qual:			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

2.4.1 SE “SIM”, O SEU PAPEL FOI DO TIPO:

- Participante/militante ₁
- Dirigente/Líder ₂
- Outro ₃
- Qual: _____

2.4.2 ENQUANTO “PARTICIPANTE/MILITANTE” QUE TIPO DE ACTIVIDADES PARTICIPOU:



2.4.3 ENQUANTO “DIRIGENTE/LÍDER” QUE TIPO DE ACTIVIDADES CONCRETIZOU/REALIZOU:

ACTIVIDADES DE TRABALHO

3.1 DURANTE A ADOLESCÊNCIA REALIZOU ALGUMA ACTIVIDADE LABORAL? (Se responder “Não” passe, por favor, para a Pergunta 3.2)

- Sim ₁ Com que idade iniciara a trabalhar: _____ anos
- Não ₂

3.1.1 SE SIM, A(S) SUA(S) ACTIVIDADE(S) ERA(M) REMUNERADA(S)?

- Sim ₁
- Não ₂

3.1.2 A(S) SUA(S) ACTIVIDADE(S) LABORAL(AIS), HABITUALMENTE ERA(M) DO TIPO:

- Tempo integral ₁
- Sazonal ₂

3.2 REALIZAVA ALGUM TIPO DE ACTIVIDADE DOMÉSTICA DURANTE A ADOLESCÊNCIA? (Se responder “Não” passe por favor, para a pergunta 4.1 referente a Actividades Escolares)

- Sim ₁
- Não ₂

3.2.1 SE SIM, DE QUE TIPO:

- | | Sim | Não |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ▪ Cozinhar, lavar a louça, passar a ferro | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| ▪ Limpar a casa, fazer compras, tratar dos filhos, jardinagem | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| ▪ Polir o chão, bricolage, agricultura | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| ▪ Outro, qual: | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| ▪ Outro, qual: | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

ACTIVIDADES ESCOLARES

4.1 ATÉ QUE IDADE ESTUDOU: _____ anos

4.2 QUAL A SUA HABILITAÇÃO NA ALTURA: _____

4.3 DURANTE A ADOLESCÊNCIA ESTUDOU E TRABALHOU AO MESMO TEMPO? (Se responder “Não” passe por favor, para a pergunta 4.4)

- Sim ₁
- Não ₂

4.3.1 SE SIM, DURANTE QUANTO TEMPO MANTEVE ESSAS DUAS ACTIVIDADES: _____ anos

4.4 SE DEIXOU DE ESTUDAR DURANTE A ADOLESCÊNCIA, INDIQUE O(S) MOTIVO(S) PARA O FAZER?

- Trabalhar para ajudar em casa ₁
- Interesse pessoal ₂
- Desinteresse com a escola ₃
- Dificuldades em aprender ₄
- Falta de escolas perto de casa ₅
- Por considerar que já aprendera o suficiente ₆
- Por nenhum motivo em especial ₇
- Outro ₈
- Qual: _____

4.5 VOLTOU MAIS TARDE A ESTUDAR? (Se responder “Não” passe por favor, para a Pergunta 5.1)

- Sim ₁
- Não ₂

4.5.1 SE SIM, QUANTOS ANOS AINDA ESTUDOU? _____ anos

4.5.2 FOI NESTE PERÍODO QUE OBTVEU A SUA HABILITAÇÃO ACTUAL?

- Sim ₁
- Não ₂



4.5.3 O QUE O MOTIVOU A ESTUDAR NOVAMENTE?

COMPORTAMENTOS E HÁBITOS DE VIDA

AS PERGUNTAS SEGUINTES DEVEM SER RESPONDIDAS ENQUANTO “FUMADOR E/OU EX-FUMADOR”. CASO NÃO TENHA INICIADO O CONSUMO DE TABACO NESTA FASE (ADOLESCÊNCIA), PASSE, POR FAVOR, PARA A PERGUNTA 6.1 “HÁBITOS ALIMENTARES”

5.1 O INÍCIO DO CONSUMO DE TABACO OCORREU DURANTE A ADOLESCÊNCIA?

- Sim ₁
- Não ₂
- Não sei ₃

5.1.1 NO CASO DE TER ASSINALADO “SIM” EM QUE AMBIENTE/ESPAÇO FUMOU O SEU PRIMEIRO CIGARRO?

- Sozinho ₁
- Com amigos ₂
- Com familiares ₃
- Outro ₄
- Qual: _____

5.1.2 QUAL(AIS) A(S) RAZÃO(ÕES)/MOTIVO(S) QUE O(A) LEVARAM A FUMAR PELA PRIMEIRA VEZ DURANTE A ADOLESCÊNCIA?

- Curiosidade ₁
- Influência de amigos ₂
- Influência de familiares ₃
- Por querer ser adulto ₄
- Outro ₅
- Qual: _____

5.2 QUAL ERA A FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE TABACO?

- Muito raramente ₁
- Ocasionalmente ₂
- Diariamente ₃

HÁBITOS ALIMENTARES:

6.1 QUANTAS REFEIÇÕES FAZIA POR DIA: ____ por dia

6.2 QUAL O TIPO DE ALIMENTAÇÃO QUE PRATICAVA DURANTE ESSE PERÍODO?

- Alimentação Mediterrânea ₁
- Alimentação Vegetariana ₂
- Alimentação Macrobiótica ₃
- Alimentação tipo Fast-Food ₄
- Outra ₅
- Qual: _____

CONSUMO DE ÁLCOOL: AS PERGUNTAS SEGUINTES DEVEM SER RESPONDIDAS ENQUANTO “CONSUMIDOR E/OU EX-CONSUMIDOR”. CASO NÃO TENHA CONSUMIDO PASSE, POR FAVOR, PARA A PERGUNTA 8.1 – “ACTIVIDADE FÍSICA”. POR FAVOR, RESPONDA COM A MAIOR SINCERIDADE POSSÍVEL:

7.1 O INÍCIO DO CONSUMO DE ÁLCOOL OCORREU DURANTE A ADOLESCÊNCIA?

- Sim ₁ Não ₂ Não sei ₃

7.1.1 SE RESPONDEU “SIM”INDIQUE, QUAL(AIS) O(S) MOTIVO(S) QUE PROPICIARA(M) O INÍCIO DO CONSUMO DE ÁLCOOL:

- Influência de familiares ₁
- Influência de amigos/colegas/vizinhos ₂
- Por Curiosidade ₃
- Por querer ser adulto ₄

- Por questões culturais ₅
- Por motivos laborais ₆
- Por motivos escolares ₇
- Por motivos educativos ₈
- Outro ₉
- Qual: _____



7.1.2 INDIQUE, POR FAVOR, QUAL(AIS) O(S) MOMENTO(S) ONDE CONCRETIZOU O INÍCIO DO CONSUMO DE ÁLCOOL:

- Festas em Família (Natal, Passagem do Ano, Páscoa, Anos) ₁
- Festas com amigos/colegas/vizinhos (Natal, Passagem do Ano, Páscoa, Anos...) ₂
- Sozinho ₃
- Em férias com a família ₄
- Em férias com colegas/amigos ₅
- Outro ₆
- Qual: _____

7.1.3 ENQUANTO “CONSUMIDOR”, INDIQUE, QUAL(AIS) O(S) LOCAL(AIS) ONDE CONCRETIZOU O INÍCIO DO CONSUMO DE ÁLCOOL:

- Casa Própria ₁
- Casa de Amigos/colegas/vizinhos ₂
- Discotecas ₃
- Bares/Pubs ₄
- Parques de Férias (Colónias/Campismo/etc.) ₅
- Casa de Férias (Campo/Praia) ₆
- Outro ₇
- Qual: _____

7.2 QUE TIPO BEBIDA(S) ALCOÓLICA(S) CONSUMIA HABITUALMENTE?

- Vinho branco, tinto, verde, rosé ₁
- Cerveja ₂
- Aguardente, brandy, bagaço ₃
- Whisky/Gin/Vodka ₄
- Batidos ₅
- Outro(s): _____

Actividade Desportiva: Gostaríamos de saber com a maior exactidão possível sobre os seus hábitos de actividade desportiva na **Adolescência. Por favor, responda com a maior sinceridade.**

8.1 PRATICAVA ALGUM DESPORTO? (Se “NÃO” praticava actividade desportiva passe, por favor, para a **Pergunta 8.3**).

- Sim ₁
- Não ₂

8.1.1 SE SIM, QUE TIPO(S) DE ACTIVIDADE(S) DESPORTIVA(S) PRATICAVA

	DENTRO DA ESCOLA				FORA DO ESPAÇO ESCOLAR			
	POR SEMANA				POR SEMANA			
	SIM	NÃO	N.º DE VEZES	TEMPO SESSÃO (hora)	SIM	NÃO	N.º DE VEZES	TEMPO SESSÃO (hora)
▪ Futebol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		
▪ Andebol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		
▪ Atletismo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		
▪ Natação	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		
▪ Basquetebol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		
▪ Voleibol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		
▪ Ginástica	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		
▪ Ginásio (Manutenção)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		
▪ Caminhadas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		
▪ Outra: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		

8.2 SE PRATICAVA ACTIVIDADE DESPORTIVA, A SUA PRÁTICA DESPORTIVA ERA DO TIPO:

- Federado ₁
- Amador ₂
- Outra ₃

8.3 SE “NÃO PRATICAVA” ACTIVIDADE DESPORTIVA, INDIQUE O(S) MOTIVO(S) PARA ESSA NÃO PRÁTICA:

- Não gostar de praticar ₁
- Não me sentir motivado(a) pessoalmente ₂

- Por Ignorância dos benefícios ₃
- Por vergonha de me expor ₄
- Por recomendação médica ₅
- Por problemas de saúde ₆
- Por falta de espaços públicos/privados para a prática desportiva ₇
- Outro(s) Motivo(s) ₈

Mais uma vez, obrigado pela sua colaboração



5.2 ANEXO II – INFORMAÇÃO SOBRE APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA SOCIAL

ÁREA CIENTÍFICA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

RAMO: CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

Comportamentos de Saúde, Costumes e Estilos de Vida Indicadores Epidemiológicos de Risco na Avaliação de Estados de Saúde e Doença

INQUÉRITO DE SAÚDE

Solicitamos a V. Exa. a colaboração no preenchimento deste inquérito de saúde. A sua participação é fundamental para que possamos avaliar o estado de Saúde Actual da População Portuguesa em especial no que diz respeito à zona centro do país mais propriamente ao Concelho de Coimbra. Este estudo é realizado no âmbito do Doutoramento em Ciências Biomédicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, da autoria de João Paulo de Figueiredo, sob a orientação do Prof. Doutor Salvador Massano Cardoso.

Asseguraremos o anonimato e a confidencialidade de todas as respostas. Porém, é dada a liberdade de a qualquer momento o inquirido desistir ou anular a colaboração sem qualquer tipo de prejuízo para o próprio. Os dados recolhidos serão utilizados para fins de investigação epidemiológica.

Certos da melhor atenção por parte de V. Exa., agradecemos, desde já, toda a colaboração prestada.

Equipa de Investigação:

Doutorando: João Paulo de Figueiredo

Orientação Científica: Prof. Doutor Salvador Massano Cardoso

COM O APOIO DAS ENTIDADES:

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE COIMBRA

5.3 ANEXO III – REGRAS DE MEDIÇÃO DOS PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS

Regras de Medição dos Parâmetros Antropométricos

As medidas antropométricas de circunferência correspondem aos chamados perímetros. Pode ser definido perímetro máximo de um segmento corporal quando este é medido em ângulo recto em relação ao seu maior eixo. Realizadas circunferencialmente, são utilizadas em estudos de proporcionalidade e simetria, possibilitam calcular principalmente a massa muscular e componentes mesomorfo numa análise somatotipológica, além dos mais diversos índices relacionados com a saúde.



PERÍMETRO DO PESCOÇO

A medida é realizada com o entrevistado sentado ou em pé, desde que esteja com a coluna direita. A fita deve ser posicionada na menor circunferência do pescoço, logo acima da proeminência **laringe** (maçã de Adão).



PERÍMETRO DA CINTURA

Medida da circunferência da cintura (região mais estreita do abdômen) localizada entre a última costela e a crista-ílica. O indivíduo deve estar em posição anatômica, com o abdômen descontraído.



PERÍMETRO DA ANCA

Medida na altura dos pontos trocântéricos (direito e esquerdo) passando pela proeminência glútea. O avaliado deve permanecer em posição anatômica, porém com os braços ligeiramente afastados do corpo e com os pés juntos.