



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

João José da Costa Soares

Estilos de Vida

“Os comportamentos de saúde da população da Figueira da Foz”

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre

Orientadores: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira e Prof. Doutora Carminda Morais

Coimbra, 2017

AGRADECIMENTOS

A concretização deste projeto, assinala o fim de uma etapa, e o início de outra. Esta transição exigiu muito sacrifício para mim e para aqueles que me rodeiam e fazem parte da minha vida.

O meu primeiro agradecimento vai para os meus orientadores, Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, e Professora Doutora Carmina Morais, que desde o início me apoiaram com dedicação e guiaram ao longo deste desafio. As suas constantes transmissões de conhecimentos e experiência, foram fundamentais para o sucesso desta dissertação. Gostaria ainda de incluir neste agradecimento, a Doutora Lucinda Jordão, pela sua disponibilidade, e pelos recursos que disponibilizou, durante a fase de aquisição de dados, bem como na fase de construção e aplicação do questionário.

Gostaria também de agradecer aos meus colegas de mestrado que me acompanharam e motivaram desde o primeiro dia desta caminhada, bem como à minha querida amiga Sandra Nunes por toda a ajuda que disponibilizou neste processo.

Aos membros do Conselho de Administração do Centro de Medicina Física e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, deixo também o meu obrigado, por permitirem que frequentasse as aulas e provas, durante o tempo de serviço, atribuindo-me estatuto de trabalhador-estudante. Agradeço também aos meus colegas de trabalho, que por vezes ficaram sobrecarregados de trabalho, para que eu pudesse deslocar-me à faculdade, para assistir às aulas.

Por fim deixo o meu agradecimento mais especial, para a minha família, que é o meu pilar, e a razão pelo qual eu decidi enfrentar este desafio. Ao meu pai, e ao meu irmão, que sempre foram os meus exemplos, e que desde sempre me motivaram a fazer mais, e melhor. Um agradecimento muito especial à minha mulher e à minha filha que tanto sacrificaram em tempo e paciência transmitindo constante motivação, sem a qual teria sido impossível a realização desta jornada.

Por fim, queria dedicar este projeto à memória da minha mãe. Foi a pessoa mais influente na minha vida, e a quem eu devo todos os meus princípios, determinação, bondade e espírito de sacrifício.

A todos o meu mais sincero OBRIGADO!

João José da Costa Soares

RESUMO

Objetivo: O presente estudo tem como principal objetivo a caracterização dos comportamentos de saúde da população residente no concelho da Figueira da Foz, bem como realizar uma análise ao estado de saúde do município através de estatísticas, bem como dos cuidados prestados. **Metodologia:** O estudo tem uma natureza quantitativa, observacional, analítica e transversal. Contou com a participação de 308 participantes de todo o concelho da Figueira da Foz, sendo representativo por região norte, sul e urbana. A amostra está estratificada por sexo, com 52,7% mulheres e 42,3% homens, e por classes etárias com 10,8% entre os 15-24 anos, 63% entre os 25-64 anos, 13,2% entre os 65-74 e 13% com mais de 75 anos. **Resultados:** Após testar todas as hipóteses, observou-se que as pessoas casadas em média dormem mais horas por dia ($t=3,99$; $\alpha=0,002$), comem mais peixe ($F=7,25$; $\alpha=0,007$) e sentem-se menos sozinhas/sem apoio ($F=10,85$; $\alpha=0,001$); os mais jovens comem mais alimentos fritos feitos em casa ($F=3,075$; $\alpha=0,028$); os homens fumam e bebem com mais frequência que as mulheres ($t=-3,814$; $\alpha<0,001$) ($t=-0,42$; $\alpha=0,001$); as pessoas fumam mais e consomem mais substâncias ilícitas na região urbana ($F=5,441$; $\alpha=0,005$) ($F=11,032$; $\alpha<0,001$) os residentes na região sul têm mais facilidade em obter ajuda de vizinhos ($F=4,450$; $\alpha=0,012$), mas mais dificuldade na obtenção de consultas de cuidados primários ($F=3,022$; $\alpha=0,05$); quanto maior o grau de escolaridade, melhor a percepção do estado de saúde ($F=15,20$; $\alpha<0,001$); as pessoas que acordam de noite têm mais limitações na sua mobilidade ($F=14,66$; $\alpha<0,001$); as dores/mal-estar estão associadas a um pior estado de saúde ($F=41,93$; $\alpha<0,001$) e as mulheres apresentam menor qualidade de vida ($t=-3,624$; $\alpha<0,001$). **Conclusões:** Existem algumas áreas a melhorar, no que respeita a comportamentos de saúde adotados pela população da Figueira da Foz, nomeadamente nas horas de sono e descanso, exercício físico, no consumo de peixe e alimentos fritos feitos em casa, no consumo de tabaco e álcool, apoio social e qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde, Municípios saudáveis, determinantes de saúde, estilos de vida, qualidade de vida

ABSTRACT

Objective: The main objective of this study is to characterize health behaviors of the resident population in Figueira da Foz, and analyse through statistics the healthcare provided. **Methodology:** The study has a quantitative, observational, analytical and transverse nature. It had 308 participants of the whole county, being representative by region north, south and urban. The sample was stratified by sex, with 52.7% women and 42.3% men, and by age group with 10.8% between 15-24 years old, 63% between 25-64, 13.2% between 65-74 and 13% over 75 years old. **Results:** After testing all hypotheses, it was observed that married people on average sleep more hours per day ($t=3,99$; $\alpha=0,002$), eat more fish ($F=7,25$; $\alpha=0,007$) and feel less alone/without support ($F=10,85$; $\alpha=0,001$); the youngest eat more fried foods made at home ($F=3,075$; $\alpha=0,028$) ; men smoke and drink more frequently than women ($t=-3,814$; $\alpha<0,001$) ($t=-0,42$; $\alpha=0,001$); people smoke more and consume more illicit substances in the urban area ($F = 5.441$, $\alpha = 0.005$) ($F = 11.032$, $\alpha <0.001$); residents in the southern region are more likely to get help from neighbors ($F=4,450$; $\alpha=0,012$) , but have more difficulty to obtain primary care consultations ($F=3,022$; $\alpha=0,05$); the higher the degree of education, the better the perception of health status ($F=15,20$; $\alpha<0,001$); people who wake up at night have more mobility limitations ($F=14,66$; $\alpha<0,001$); pains are associated with poorer health status ($F=41,93$; $\alpha<0,001$) and women have lower quality of life ($t=-3,624$; $\alpha<0,001$). **Conclusions:** There are some areas to improve in terms of health behaviors adopted by the population of Figueira da Foz, such as in the hours of sleep and rest, physical exercise, consumption of fish and homemade fried foods, tobacco, drugs and alcohol consumption, social support and quality of life.

KEYWORDS

Health, Healthy cities, health determinants, lifestyles, quality of life

LISTA ABREVIATURAS UTILIZADAS

CMFF – Câmara Municipal da figueira da Foz

CEISUC – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

OMS – Organização Mundial de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

EuroQol – Euro quality of life

SPSS - Statistical Package for the Social Science

QVRS – Qualidade de vida relacionada com a saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

VIH – Vírus Imunodeficiência Humana

PRCS – Projeto Rede Cidades Saudáveis

IMC – Índice de Massa Corporal

WHOQOL – World Health Organization of Quality of Life

INS – Inquérito Nacional de Saúde

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	DETERMINANTES DA SAÚDE	5
2.1	Estilos de vida.....	6
3	METODOLOGIA.....	9
3.1	Objetivo Geral.....	9
3.2	Objetivos Específicos	9
3.3	Problema da investigação	9
3.4	Tipo de estudo.....	9
3.5	Critérios de inclusão/exclusão	10
3.6	População alvo e amostra.....	10
3.7	Variáveis do estudo.....	12
3.8	Formulação de hipóteses	16
3.9	Instrumento de recolha de dados	17
3.9.1	Dados sociodemográficos.....	17
3.9.2	Estilos de vida.....	18
3.9.3	Satisfação com a vida / Estado de saúde/ Necessidades de saúde não satisfeitas/ Qualidade de vida	19
3.10	Recolha de dados.....	20
3.11	Tratamento de dados	20
4	RESULTADOS	21
4.1	Caracterização das variáveis em estudo.....	21
4.1.1	Caracterização sociodemográfica	21
4.1.2	Caracterização dos estilos de vida	22
4.1.3	Caracterização Satisfação com a vida / Estado de saúde/ Necessidades de saúde não satisfeitas/ Qualidade de vida	32
4.2	Relação das variáveis em estudo	37
5	DISCUSSÃO.....	45

6	CONCLUSÕES	49
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
	ANEXO I.....	59
	ANEXO II	63
	ANEXO III.....	67

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Constituição da população do concelho da Figueira da Foz por região, classe etária e sexo	11
Tabela 2 - Caraterização da amostra da população da Figueira da Foz por região, freguesia, classe etária e sexo	12
Tabela 3 - Formulação de hipóteses e respetiva relação de variáveis	16
Tabela 4 - Caraterização sociodemográfica da amostra	22
Tabela 5 - Estilos de vida - Sono/Descanso	23
Tabela 6 - Estilos de vida - Atividade	24
Tabela 7 - Estilos de vida – Exercício físico	25
Tabela 8 – Estilos de vida - Consumo de alimentos.....	26
Tabela 9 – Estilos de vida - Consumo de tabaco.....	28
Tabela 10 – Estilos de vida - Consumo de substâncias ilícitas	29
Tabela 11 – Estilos de vida – Consumo de álcool.....	30
Tabela 12 – Estilos de vida - Suporte social.....	31
Tabela 13 – Perceção do estado de saúde.....	33
Tabela 14 – Qualidade de vida	36
Tabela 15 - Relação entre as horas de sono com situação familiar	37
Tabela 16 - Relação entre a região de residência com o tempo a que se anda a pé	37
Tabela 17 - Relação entre a região de residência com o tempo de prática de exercício físico	37
Tabela 18 - Relação entre o nº de refeições com a situação familiar	38
Tabela 19 - Relação entre passar fome e situação profissional	38
Tabela 20 - Relação entre a frequência de consumo de peixe e situação familiar	38
Tabela 21 - Relação entre a frequência de consumo de alimentos fritos feitos em casa com classes etárias.....	39
Tabela 22 - Relação entre o consumo de tabaco e o sexo	39
Tabela 23 - Relação entre consumo de tabaco e a região de residência.....	40
Tabela 24 - Relação entre as substâncias ilícitas com o sexo.....	40
Tabela 25 - Relação entre o consumo de álcool e o sexo	40
Tabela 26 - Relação entre álcool e a região de residência.....	40
Tabela 27 – Relação entre sentir-se sozinho com a situação familiar	41
Tabela 28 - Relação entre a ajuda dos vizinhos com a região de residência.....	41

Tabela 29 - Relação entre o estado de saúde e o grau acadêmico	42
Tabela 30 - Relação entre necessitar de consulta nos cuidados primários e não a ter, com a região de residência	42
Tabela 31 - Relação entre os problemas de mobilidade e o acordar durante o sono.....	43
Tabela 32 - Relação entre o estado de saúde com a dor/mal-estar	43
Tabela 33 - Relação entre a qualidade de vida e o sexo	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Determinantes de saúde: Modelo arco-íris de Dahlgren e Whitehead.....	6
Figura 2 – Frequência de consumo de alimentos por tipo	27
Figura 3 - Afirmações relacionadas com a satisfação com a vida.....	32
Figura 4 - Medida em que a saúde física e emocional interferiu com os outros e nas atividades diárias	34
Figura 5- Necessidade de consultas hospitalares e em cuidados primários	35

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo vamos abordar a saúde, como um direito de todos e um bem indispensável ao desenvolvimento. A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa no Canadá, contribuiu para se atingir saúde para todos a partir do ano 2000. Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que tem vindo a ocorrer em todo o mundo. As discussões focalizaram-se principalmente nas necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo (Carta de Ottawa, 1986).

A saúde tem tradicionalmente sido encarada como sendo da principal responsabilidade dos ministérios da saúde. A melhor compreensão dos seus determinantes tem evidenciado, no entanto, que as políticas e ações dos diferentes setores sociais são reconhecidas entre os fatores que mais influenciam o estado de saúde das populações. Numa perspetiva de coprodução e responsabilidade social pela saúde, nasceu assim o movimento das cidades saudáveis. É sabido que cerca de 69% das pessoas na Região Europeia vivem em ambientes urbanos. No entanto, viver e trabalhar em áreas urbanas condiciona a saúde e as perspetivas de saúde, tanto positiva quanto negativamente, devido a uma complexa matriz de mecanismos e tipos de exposição. Além disso, as cidades concentram grupos populacionais com várias características demográficas, económicas e sociais, algumas delas com particular vulnerabilidade e riscos de saúde. As áreas urbanas providenciam grandes oportunidades para indivíduos e famílias prosperarem e podem promover a saúde através do reforço do acesso aos serviços, à cultura e ao lazer. No entanto, embora as cidades sejam motores de prosperidade económica e, muitas vezes, o epicentro da maior riqueza de um país, podem também ser focos de concentração de pobreza e de problemas de saúde (Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS, 2014).

De facto, a vida nas cidades pode afetar a saúde através do ambiente físico e construído, do ambiente social e do acesso a serviços e apoios. A qualidade da habitação, o desenho dos bairros, a densidade do desenvolvimento e a mistura de usos do solo, o acesso a espaços verdes e equipamentos, áreas de lazer, ciclovias, qualidade do ar, ruído e a exposição a substâncias tóxicas têm sido comprovadas como afetando, de formas diferentes, a saúde e o

bem-estar da população. Algumas circunstâncias da vida urbana, especialmente a segregação e a pobreza, contribuem para e reforçam as discrepâncias, já que impõem a exposição desproporcionada a padrões de resposta à privação socioeconómica que são socialmente indesejáveis e prejudiciais à saúde (Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS, 2014).

As crises económicas em muitos países da Região Europeia da OMS, o crescente fardo das doenças não transmissíveis em toda a Região e o aumento das desigualdades em saúde, bem como outros desafios que se colocam nos campos da saúde e da segurança, têm estado a dominar os principais debates nacionais, regionais e locais, conduzindo ao redesenho e reconfiguração das abordagens à saúde e ao bem-estar.

Esta nova política foi informada pelos contributos e experiências das Cidades Saudáveis, estando pronta para ser implementada. A Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS está, deste modo, a ser posicionada como um veículo estratégico para implementar a Saúde 2020 ao nível local. A liderança das Cidades Saudáveis é mais relevante do que nunca e a ação local e as decisões dos governos locais podem influenciar fortemente todos os desafios de saúde pública mencionados anteriormente, assim como muitos dos determinantes da saúde. (Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS, 2014)

A Saúde 2020 fornece, assim, uma oportuna e forte estrutura unificadora no contexto da Fase VI da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS. Baseia-se e reforça os valores fundamentais, os princípios e o trabalho que têm estado no cerne das Cidades Saudáveis, desde a sua criação. Parte-se do pressuposto que as cidades estão numa posição única para fornecer a liderança para a saúde e o bem-estar. No complexo mundo das hierarquias de níveis governamentais, de setores e de partes interessadas, públicas e privadas, os governos locais têm a capacidade de influenciar os determinantes da saúde e as desigualdades. As cidades da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS são veículos-chave para a implementação da Saúde 2020, gerando oportunidades para uma maior colaboração entre as lideranças dos diferentes níveis de governo, com o fim de obter mais equidade em saúde e resultados positivos de saúde e bem-estar a todos os níveis. (Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS, 2014)

Os municípios membros da Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis estão comprometidos com o planeamento intencional para promover a saúde, alicerçado em políticas dirigidas ao

ambiente físico, cultural e ao processo educativo das comunidades, incentivando a participação, o *empowerment* e a equidade (Loureiro et al 2013).

Estas medidas vão ao encontro dos objetivos da fase VI da Rede Europeia de Cidades Saudáveis que consistem em reduzir as desigualdades em saúde e melhorar a liderança e governança participativa para a saúde (Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS, 2014).

O Município da Figueira da Foz aderiu à Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis em Março de 2010, dado ter como objetivo a construção de um plano estratégico que inclui um compromisso com o desenvolvimento local sustentado, assente em políticas saudáveis e articulado com os conceitos que baseiam o Projeto Cidades Saudáveis, nomeadamente a abordagem holística da saúde e a importância das condicionantes sociais da saúde na melhoria da qualidade de vida (Portal do Município da Figueira da Foz, 2016).

O presente estudo faz parte integrante de um projeto realizado em colaboração entre a Câmara Municipal da Figueira da Foz (CMFF) e o Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra (CEISUC) que visa a definição de um perfil de saúde. Este perfil é uma ferramenta fundamental para a adesão do município da Figueira da Foz à rede portuguesa de cidades saudáveis.

Os perfis de saúde identificam problemas, propõem áreas para melhoramento e estimulam a ação. Incluem indicadores e outras medidas relacionadas com a saúde, analisam a informação, identificam os problemas de saúde de uma determinada comunidade e as suas potenciais soluções, servindo de base ao Plano de Desenvolvimento em Saúde. (Portal do Município de Viana do Castelo, 2016).

O perfil de saúde da Figueira da foz, é um documento técnico que pretende, de uma maneira acessível, e rápida tratar o retrato deste concelho, no que respeita à saúde da sua população. A estrutura está esquematizada (Anexo I), e dividida em duas partes, sendo elas os determinantes de saúde e estado de saúde do município. O estado de saúde do município está dividido em duas dimensões, o estado de saúde da população e os cuidados em saúde. Os determinantes de saúde, estão divididos em três dimensões, sendo elas: quem somos, como vivemos e que escolhas fazemos. Nesta dissertação, vamos centrar-nos na terceira dimensão, ou seja, nas escolhas que a população faz em relação aos estilos de vida e ainda noutras dimensões como satisfação com a vida, estado de saúde, necessidades de saúde não

satisfeitas e qualidade de vida, visto que não existem dados sobre as mesmas, disponíveis nas diferentes bases de dados existentes.

Para facilitar a compreensão dos determinantes da saúde tem sido frequente agrupá-los nas seguintes categorias: fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (sono/descanso, alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, apoio social); acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer). (Marmot, 2005)

Vários estudos mostram que estes determinantes estão diretamente ligados à saúde dos indivíduos e populações, como é exemplo o Alameda County study, realizado por (Housman e Dorman, 2005) que analisa a relação entre estilos de vida e saúde, onde se observou que as pessoas podem melhorar a sua saúde através de sono e exercício suficientes, mantendo um peso saudável, limitando o consumo de álcool e evitando o consumo de tabaco. Outro estudo realizado por (Björk et al., 2008), mostrou que um ambiente natural e recreativo, está significativamente relacionado com a satisfação com a vizinhança, atividade física, obesidade e bem-estar. De entre os determinantes da saúde, os estilos de vida saudáveis ocupam um lugar de relevo pela aparente facilidade que apresentam na obtenção de mais ganhos em saúde, na medida em que a promoção dos mesmos, leva à redução de doenças crónicas.

2 DETERMINANTES DA SAÚDE

Neste segundo capítulo, vamos abordar os determinantes de saúde, como peças fundamentais na definição do estado de saúde. A OMS, define saúde de uma forma positiva, mas estática: “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade”. (WHO, 2002)

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008), os determinantes estão vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como à macroestrutura econômica, social e cultural. Seriam os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (BUSS, 2007)

A determinação social da saúde está muito além de determinantes isolados e fragmentados que, sob uma perspectiva reducionista, são associados com fatores clássicos de riscos e estilos de vida individuais. Não devemos permitir que o conceito de determinantes sociais seja banalizado, ou reduzido, simplificando-o ao tabagismo, ao sedentarismo, ou a uma inadequada alimentação. O que precisamos reconhecer é que por trás dessas práticas, existe uma construção social baseada na lógica de uma cultura soberana. (Cebes, 2011)

É através desta linha de orientação que devemos ver a saúde como uma variável dependente de todos os determinantes que envolvem a vida social dos indivíduos e populações. Diversos modelos têm tentado fazer a representação gráfica da relação entre os fatores determinantes da saúde. Um dos mais utilizados é o modelo arco-íris de Dahlgren e Whitehead (1991). Neste modelo, todos os determinantes se interrelacionam, levando a deduzir que só fazem sentido intervenções que integrem articuladamente todos ou o maior número possível de fatores. (Figura 1)

Figura 1 – Determinantes de saúde: Modelo arco-íris de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008)

Como podemos ver na (Figura 1), os determinantes de saúde estão distribuídos pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais, das quais fazem parte a produção agrícola e de alimentos, a educação, ambiente de trabalho, condições de vida e de trabalho, desemprego, água e saneamento, serviços sociais de saúde e habitação. Fazem ainda parte destas condições, as redes sociais e comunitárias, os estilos de vida e por fim os fatores sociodemográficos.

2.1 Estilos de vida

O conceito de saúde tem vindo a ser associado ao de estilo de vida. O estilo de vida individual é descrito através dos padrões de comportamento suscetíveis de serem observados, os quais podem ter um efeito marcante na saúde do próprio indivíduo e na saúde de outros (Matos e Carvalhosa, 1998).

A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade

exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar. (Carta Ottawa, 1986)

O consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inatividade física e a má gestão do stress estão hoje claramente identificadas como sendo os principais fatores implicados na origem de doenças crónicas. (European Health Report, 2002)

As doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes mellitus, as doenças osteoarticulares e as perturbações da saúde mental, como a depressão) constituem, hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. São também estas doenças as principais responsáveis por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e perda de qualidade de vida, com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento. (European Health Report, 2002)

Os estilos de vida podem ser definidos como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais. Assim sendo, os estilos de vida podem influenciar e afetar a saúde individual assim como a saúde coletiva (WHO, 1998). Estas entidades identificam como principais fatores associados à origem das doenças não transmissíveis o consumo excessivo de álcool, os erros alimentares, a obesidade, a inatividade física, o consumo de tabaco e a má gestão do stress. Esta mesma entidade em 2005, incluiu um aumento das doenças não transmissíveis como asma, diabetes, obesidade e desordens do foro neuropsiquiátrico. (WHO, 2005)

Os adolescentes são normalmente vistos como um grupo em especial risco de se envolver em comportamentos comprometedores para a saúde, tais como tabagismo, álcool e uso de drogas ilícitas, métodos de dieta perigosos, atividade sexual precoce e agressão física. (M. Carter et al., 2007)

Os comportamentos que são adotados como estilo de vida vão-se instalando ao longo do desenvolvimento do indivíduo, que acaba por sucumbir a doenças associadas a esses modos de vida (Ribeiro, 2007).

O modo de vida é definido como a garantia das necessidades de subsistência do indivíduo, através da sua condição económica e, em parte, por políticas públicas; e condições de vida como os determinantes político-organizacionais da sociedade como um todo, que orientam a relação entre os grupos de sujeitos e as variantes de saneamento, transporte, habitação, alimentação, educação, cuidados de saúde, entre outros. (Gonçalves, 2004)

A adoção de um estilo de vida saudável, é vista na sociedade, como um fator determinante perante a situação de saúde e de vida dos sujeitos. Porém, muitas vezes isso não ocorre, não por falta de vontade do indivíduo, mas pela ausência de condições socioeconómicas favoráveis. Hábitos como uma nutrição adequada, horas de descanso, visitas periódicas e profiláticas ao médico, e prática frequente de atividade física, nem sempre são possíveis para todos os indivíduos, devido às condições de vida que não possibilitam tais ações. (Gonçalves, 2004)

A lógica capitalista é caracterizada pelo democratismo das ações individuais e promove a ideia de que a saúde e a qualidade de vida melhoram diretamente a partir da adoção de estilos de vida saudáveis, tornando-se numa estratégia de controle social. Este controle social expressa-se na responsabilização do sujeito pelos seus níveis de qualidade de vida. (Gonçalves, 2004)

O uso do termo estilo de vida é muito comum e tem uma grande importância quando são focadas questões relativas à qualidade de vida, pois essa grande área diz respeito ao padrão de vida que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, e ao conjunto de políticas públicas que induzem e regulam o desenvolvimento humano. A condição de qualidade de vida está intimamente, mas não integralmente, ligada à área da saúde. As intervenções nesse campo dão-se em primeira instância, nas alterações e melhorias do estilo de vida das pessoas. (MINAYO et al., 2000)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde é uma dimensão da nossa qualidade de vida. A caracterização do estado de saúde de uma população constitui uma tarefa de grande complexidade, que advém do próprio conceito de saúde. A OMS instituiu um conceito abrangente definindo a saúde não apenas a ausência de doença ou simplesmente desequilíbrio na saúde, mas o perfeito bem-estar físico, mental e social (Oliveira, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral da realização desta dissertação, é a determinação dos estilos de vida da população residente no município da figueira da foz. O estudo vem avaliar o estado de saúde percebido por esta população, podendo assim realizar uma análise dos estilos de vida através de estatísticas de saúde, bem como dos cuidados de saúde prestados.

3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos passam por avaliar as dimensões sono/descanso, atividade física, consumos de alimentos, substâncias ilícitas e álcool, satisfação com a vida, percepção de saúde, necessidades de saúde não satisfeitas e qualidade de vida com as diferentes regiões do concelho, relacionando-as entre elas, e com outras variáveis sociodemográficas.

3.3 Problema da investigação

A problemática deste estudo, incide em conhecer os estilos de vida da população, e relacioná-los com a qualidade de vida. Este conhecimento é essencial para promover a saúde e bem-estar na população, de acordo com as suas características específicas.

3.4 Tipo de estudo

O estudo tem uma natureza quantitativa e prioriza apontar numericamente a frequência e intensidade dos comportamentos de saúde dos indivíduos residentes no município.

Tendo em conta os objetivos que se pretendiam alcançar, e que o estudo se baseia na aplicação do questionário, trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal, pois não houve intervenção do investigador sobre as variáveis em estudo.

3.5 Critérios de inclusão/exclusão

Foram estabelecidos como critérios de inclusão, indivíduos residentes no concelho da Figueira da Foz, com idades a partir dos 15 anos, de ambos os géneros.

Foram excluídos do estudo, indivíduos portadores de alguma deficiência mental, ou que por qualquer outro motivo, não apresentassem capacidade cognitiva para responder ao questionário.

3.6 População alvo e amostra

A população em estudo nesta investigação é constituída pelos habitantes do concelho da Figueira da Foz. Este concelho está dividido em 14 freguesias, logo a amostra foi estratificada por freguesias, sexo e faixa etária, tendo por base o Censos de 2011.

Como mostra a (Tabela 1), o município da Figueira da Foz tem 62.125 habitantes, sendo que 19.275 residem na zona norte do concelho, 12.045 residem na zona sul e por fim 30.805 residem na zona urbana. No concelho existem 32.751 pessoas do sexo feminino, que corresponde a 52,7% da população e 29.374 pessoas do sexo masculino que correspondem a 47,3%.

A população alvo está dividida em 4 grupos etários, sendo que 5.856 com idades compreendidas entre os 15-24 anos correspondem a 10,8% da população, 34.035 com idades compreendidas entre os 25-64 anos correspondem a 63% da população, 7.132 correspondem a 13,2% da população e 7.037 correspondem a 13% da população.

Podemos observar ainda que das 19.275 pessoas residentes na zona norte do concelho (Maiorca, Vila-Verde, Bom Sucesso, Moinhos da Gândara, Alhadas, Ferreira-a-Nova e Quiaios), 10.162 pertencem ao sexo feminino e 9.113 pertencem ao sexo masculino. No que respeita à divisão por faixas etárias, 2088 pessoas têm idades compreendidas entre os 15-24 anos, 12.135 entre os 25-64 anos, 2543 entre os 65-74 e 2509 têm mais de 75 anos de idade.

Das 12.045 pessoas que residem na zona sul (Alqueidão, Marinha das Ondas, Lavos e Paião), 6.351 pertencem ao sexo feminino e 5.695 pertencem ao sexo masculino. No que respeita à divisão por faixas etárias, 1.305 pessoas têm idades compreendidas entre os 15-24 anos,

7.584 pessoas entre os 25-64 anos, 1.589 entre os 65-74 e 1.568 têm mais de 75 anos de idade.

Na zona urbana residem 30.805 pessoas nas freguesias (Buarcos/S. Julião, Tavarede e São Pedro) em que 16.239 pertencem ao sexo feminino e 14.566 pertencem ao sexo masculino. No que respeita à divisão por faixas etárias, 3.337 pessoas têm idades compreendidas entre os 15-24 anos, 19.394 pessoas entre os 25-64 anos, 4.064 entre os 65-74 e 4.010 têm mais de 75 anos de idade.

Tabela 1 - Constituição da população do concelho da Figueira da Foz por região, classe etária e sexo

		NORTE	SUL	URBANA	TOTAL
POPULAÇÃO		19 275	12 045	30 805	62 125
	Masculina	9 113	5 695	14 566	29 374
	Feminino	10 162	6 351	16 238	32 751
	15-24	2 088	1 305	3 337	6 730
	25-64	12 135	7 584	19 394	39 113
	65-74	2 543	1 589	4 064	8 196
	75+	2 509	1 568	4 010	8 087

O tamanho da amostra é de (n=308), sendo que (n=101) corresponde à região norte, (n=104) à região sul e (n=103) à região urbana, calculado tendo por base um erro amostral máximo de 5% e um nível de significância de 5%.

Na (Tabela 2) está caracterizada a amostra por regiões do concelho, tendo em conta o tamanho da população, o sexo, a idade dos residentes e a freguesia de residência.

Tabela 2 - Caracterização da amostra da população da Figueira da Foz por região, freguesia, classe etária e sexo

Freguesia	Pop.	%	FEMININO				MASCULINO				TOT
			15-24	25-64	65-74	75+	15-24	25-64	65-74	75+	
Vila Verde	2 898	15,0%	1	5	1	1	1	5	1	1	16
Bom Sucesso	2 133	11,1%	1	4	1	1	1	3	1	1	13
M. da Gândara	1 265	6,6%	0	2	0	0	0	2	0	0	4
Alhadas	4 757	24,7%	1	8	2	2	1	7	1	1	23
Ferreira-a-Nova	2 477	12,9%	1	4	1	1	1	4	1	1	14
Quiaios	3 042	15,8%	1	5	1	1	1	5	1	1	16
TOTAL	19 275	100,0%	6	33	7	7	6	30	6	6	101
Alqueidão	1 752	14,5%	1	5	1	1	1	4	1	1	15
M. das Ondas	3 179	26,4%	2	9	2	2	1	8	2	2	28
Lavos	3 999	33,2%	2	11	2	2	2	10	2	2	33
Paião	3 115	25,9%	2	9	2	2	1	8	2	2	28
TOTAL	12045	100,0%	7	34	7	7	5	30	7	7	104
Tavarede	9 441	30,6%	2	10	2	2	2	9	2	2	31
São Pedro	2 910	9,4%	1	3	1	1	0	3	1	1	11
Buarcos	18 454	59,9%	4	20	4	4	3	18	4	4	61
TOTAL	30 805	100,0%	7	33	7	7	5	30	7	7	103

3.7 Variáveis do estudo

De forma a descrever as escolhas da população da Figueira da Foz, foram consideradas para o estudo 100 variáveis, (Anexo II) formadas por todos os itens do questionário, constituindo as seguintes 10 dimensões em estudo:

Sono/descanso

O sono/descanso é o nome dado ao repouso que fazemos em períodos de cerca de 8 horas em intervalos de cerca de 24 horas. Durante esse período o nosso organismo realiza funções importantíssimas com consequências diretas à saúde como o fortalecimento do sistema imunológico, secreção e libertação de hormonas. (Paiva T. 2008)

Passamos cerca de um terço de nossa vida a descansar. Dormir bem é essencial não apenas para ficar acordado no dia seguinte, mas, para se manter saudável, melhorar a qualidade de

vida e até aumentar a longevidade. O Nosso desempenho físico e mental está diretamente ligado a uma boa noite de sono. (Paiva, 2008)

Atividade física

A atividade física, a saúde e a qualidade de vida estão intimamente interligadas. Não existe qualquer dúvida quanto ao facto de o sedentarismo ser um fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, que são uma das principais causas de morte no mundo ocidental. Além disso, uma vida ativa proporciona muitos outros benefícios sociais e psicológicos. (Instituto do desporto de Portugal, 2009)

A atividade física é geralmente definida como “qualquer movimento associado à contração muscular que faz aumentar o dispêndio de energia acima dos níveis de repouso”. Esta definição ampla inclui todos os contextos da atividade física, ou seja, a atividade física em momentos de lazer (incluindo a maioria das atividades desportivas e de dança), atividade física ocupacional, atividade física em casa ou perto de casa, e a atividade física ligada ao transporte. A par dos fatores pessoais, a influência do contexto envolvente nos níveis de atividade física pode ser: física (por ex.: ambiente edificado, utilização de terrenos), social e económica. (Instituto do desporto de Portugal, 2009)

Consumo alimentos

Para uma alimentação ser saudável deve ser completa, isto é, deve incluir alimentos de todos os grupos alimentares; deve ser equilibrada, respeitando as proporções de cada grupo de alimentos e; variada, escolhendo alimentos diferentes dentro do mesmo grupo alimentar (Ravasco, 2011)

Insiste-se na necessidade em mudar a alimentação no sentido da promoção da saúde e da prevenção das doenças. Essas mudanças implicam, essencialmente, assegurar o balanço energético e peso do corpo equilibrados, limitar o consumo de gorduras, dando preferência às insaturadas, aumentar o consumo de fibras (vegetais e frutas), reduzir os açúcares e o sal. (George, 2014)

Consumo tabaco

O tabagismo, causa um grande prejuízo à saúde pública, já que é responsável pela diminuição de qualidade e duração de vida. Tem a agravante de ser um fator de risco, não apenas para o fumador, mas para todos aqueles que se encontram expostos ao fumo passivo. Os fumadores têm em média menos 10 anos de vida do que os não fumadores, pois, as substâncias do fumo do tabaco, afetam alguns órgãos importantes, ao mesmo tempo que tornam o organismo mais frágil em relação a uma série de doenças, como o cancro, bronquite crónica ou doenças coronárias. (Fundação portuguesa de cardiologia, 2017)

Consumo substâncias ilícitas

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga é toda a substância que introduzida no organismo vivo modifica uma ou mais das suas funções. Esta definição engloba substâncias ditas lícitas - bebidas alcoólicas, tabaco e certos medicamentos – e, igualmente, as substâncias ilícitas como a cocaína, LSD, ecstasy, opiáceos, entre outras. (Manual de Prevenção do Uso de Drogas para Mediadores, 2014)

A OMS define o conceito de dependência como sendo um estado psíquico e por vezes físico, caracterizado por comportamentos e respostas que incluem sempre a compulsão e necessidade de tomar a droga, de forma contínua ou periódica, de modo a experimentar efeitos físicos ou para evitar o desconforto da sua ausência, podendo a tolerância estar ou não presente. (Manual de Prevenção do Uso de Drogas para Mediadores, 2014)

Consumo álcool

O consumo de álcool na sociedade contemporânea é visto predominantemente de forma positiva, o que dificulta o reconhecimento de determinados padrões de consumo como doença e, ao mesmo tempo, a mobilização de profissionais de saúde para diminuir índices de problemas decorrentes do uso do álcool. A dupla moral de uma sociedade que, por um lado, tolera ou promove o consumo moderado do álcool e, por outro, discrimina o consumo excessivo e fora de controle, confunde a população, que precisa se orientar pelas normas. Desde os tempos mais remotos, a definição de alcoolismo está associada ao status social, uma espécie de suporte às relações e às interações sociais. No entanto, foi em 1849 que surgiu o termo alcoolismo e uma das suas primeiras definições, com (Magnus Huss), que o definiu como “o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas esferas

psíquica, sensitiva e motora”, observadas nos sujeitos que consumiam bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva, durante longo tempo. (Heckmann et al., 2016)

Satisfação com a vida

A satisfação com a vida é considerada como um dos principais indicadores de bem-estar subjetivo, sendo avaliada como uma medida geral ou como referência a áreas importantes da vida, a exemplo do trabalho e da família. (Magarreiro, 2008)

A Satisfação com a Vida refere-se ao julgamento global e subjetivo que os indivíduos fazem sobre a sua qualidade de vida através do próprio padrão e critérios por si definidos. A satisfação com vida deverá reportar aos aspetos positivos desta e não apenas à ausência de fatores negativos (Diener, 2000).

Suporte social

O Suporte Social pode ser definido em termos da existência ou quantidade de relações sociais em geral ou em particular referir-se às relações conjugais, de amizade ou organizacionais. Por vezes, o Suporte Social é também definido e medido em termos das estruturas das relações sociais do indivíduo. Contudo, o Suporte Social é, na maioria das situações definido em termos do conteúdo funcional das relações, abrangendo o grau de envolvimento afetivo-emocional ou instrumental, a ajuda ou a informação. (Ornelas, 1994)

Perceção do estado de saúde

O estado de saúde é um dos fatores determinantes para a adoção de comportamentos promotores de saúde e a perceção do estado de saúde é atualmente um dos indicadores mais usados em saúde, uma vez que está descrito como um bom preditor de morbilidade e mortalidade, tendo sido também recomendado para a monitorização da saúde das populações, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). (Araújo, 2011)

Qualidade de vida relacionada com a saúde

A qualidade de vida é o grau de consciência entre a vida real e as expectativas do indivíduo, refletindo a satisfação de objetivos e sonhos do próprio (Calmeiro et al. 2004). Esta abordagem é centrada na perceção dos indivíduos onde está inerente a noção de saúde. Assim entre os múltiplos e distintos fatores que podem influenciar a qualidade de vida das

populações, existe uma ênfase particular sobre aspetos relacionados com a saúde (Vintém, 2008).

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um subconjunto dos aspetos da qualidade de vida, relacionados na existência individual, com o domínio da saúde (Ferreira e Santana 2003).

3.8 Formulação de hipóteses

Tabela 3 - Formulação de hipóteses e respetiva relação de variáveis

Hipóteses	Variáveis
H1. Existe relação positiva entre situação familiar, com o nº de horas de sono/descanso	P3 P10
H2. Existe relação positiva entre a região de residência, com o tempo que anda a pé	Reg P15
H3. Existe relação positiva entre a região de residência, com o nº de horas de prática de exercício físico	Reg P19
H4. Existe relação positiva entre situação familiar, com o nº de refeições diárias	P3 P20
H5. Existe relação positiva entre o sentir fome por não ter comida suficiente em casa, com a situação profissional	P21 P4
H6. Existe relação positiva entre situação familiar, com a frequência de consumo de peixe	P3 P22_05
H7. Existe relação positiva entre a classe etária e o consumo de alimentos fritos feitos em casa	P2 P22_09
H8. Existe relação positiva entre o sexo e o consumo de tabaco	P1 P23
H9. Existe relação positiva entre a região de residência, com o consumo de tabaco	Reg P23
H10. Existe relação positiva entre o sexo e o consumo de substâncias ilícitas	P1 P30
H11. Existe relação positiva entre o sexo e o consumo de álcool	P1 P35
H12. Existe relação positiva entre a região de residência, com o consumo álcool	Reg P35

H13. Existe relação positiva entre a situação familiar, com o sentir sozinho e sem apoio de alguém	P3 P40
H14. Existe relação positiva entre a região de residência, com a facilidade em obter ajuda dos seus vizinhos	Reg P43
H15. Existe relação entre o grau de ensino, com a forma como considera o seu estado de saúde	P6 P44
H16. Existe relação positiva entre, a região de residência com o ter necessitado de uma consulta nos cuidados primários e não a ter conseguido	Reg P50
H17. Existe relação positiva entre acordar cansado, com a mobilidade	P11 MO
H18. Existe relação positiva entre o estado de saúde, com a dor/mal-estar	P44 PD
H19. Existe relação entre o sexo e a qualidade de vida	P1 cTTO index

3.9 Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados é um questionário, desenvolvido pelo próprio investigador, que teve por base o inquérito nacional de saúde e que abordou e avaliou os estilos de vida da amostra representativa da população alvo. (Anexo III)

O questionário está composto por três partes. A primeira descreve a situação sociodemográfica das pessoas, a segunda avalia os estilos de vida adotados pela população, e a terceira é sobre a satisfação com a vida, estado de saúde, necessidades de saúde não satisfeitas e qualidade de vida.

3.9.1 Dados sociodemográficos

O instrumento de recolha de dados utilizado, permite adquirir dados sociodemográficos através das questões (1 a 9) relacionadas com o sexo, idade, situação familiar e profissional, grau de ensino, peso, altura e freguesia. De forma a facilitar o tratamento de dados, agruparam-se as respostas da situação familiar em dois grupos (casados/não, casados). O mesmo se passou em relação à idade, transformando as respostas em quatro grupos (15-24, 25-64, 65-74 e 75+).

3.9.2 Estilos de vida

Os estilos de vida avaliados neste questionário são o sono/descanso, atividade e exercício físico, consumo de alimentos, consumo de tabaco, consumo de substâncias ilícitas, consumo de álcool e suporte social. Todas estas perguntas tiveram como base o Inquérito Nacional de Saúde. (INS, 2014)

Esta parte do questionário inicia-se pelas questões (10 a 12) e começa por avaliar o número de horas de sono/descanso, tal como, perceber se as pessoas acordam de noite e se acordam cansadas.

A dimensão da atividade física, formada pelas questões (13 a 19), procura saber de que forma as pessoas dedicam o seu tempo a atividades diárias (ex: trabalhar, cuidar da casa, estudar, etc.), o número de dias por semana que a pessoa anda a pé, de bicicleta, bem como, a praticar exercício pelo menos 10 minutos seguidos. Esta dimensão procura ainda saber o tempo dispensado por dia nas deslocações a pé, e na prática de exercício físico, especificando o tipo de exercício físico praticado.

As questões sobre o consumo de alimentos foram formadas em parte através do (INS) e com a colaboração da Dr.^a Susana Montenegro, nutricionista da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do Agrupamento do Centro de Saúde do Baixo Mondego. Esta dimensão constituída pelas questões (20 a 22) avalia o número de refeições diárias, o número de dias de fome por falta de comida em casa, e a frequência de consumo de alimentos variados.

O consumo de tabaco, formado pelas questões (23 a 29), avalia o atual e precedente consumo, frequência e média de cigarros fumados por dia, bem como a idade com que se começou e deixou de fumar. Também é inquirido o tipo de ajuda utilizado para deixar de fumar.

A constituição das questões sobre substâncias ilícitas (30 a 34), tiveram a colaboração do Dr. Fernando Mendes, do Instituto Europeu para o estudo dos fatores de risco em crianças e adolescentes. Nesta dimensão avalia-se o tipo e frequência de consumo, bem como a sua combinação com álcool.

O consumo de álcool é avaliado através das questões (35 a 37), fazendo distinção entre o consumo entre 2ª a 5ª feira, com o consumo de fim de semana, incluindo a 6ª feira.

O suporte social composto pelas questões (40 a 43) avalia se alguma vez as pessoas se sentiram sozinhas e sem apoio, a quantas pessoas poderiam recorrer caso tivessem um problema grave, o nível de preocupação que as pessoas com quem se relacionam têm em relação a si, e a facilidade em obter ajuda dos vizinhos.

3.9.3 Satisfação com a vida / Estado de saúde/ Necessidades de saúde não satisfeitas/ Qualidade de vida

A satisfação com a vida avaliada pelas questões (38 e 39) tenta perceber se as pessoas estão de acordo, nem de acordo nem desacordo ou em desacordo com duas afirmações: “Em muitos aspetos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais” e “Estou satisfeito/a com a minha vida”

Para avaliar a perceção do estado de saúde, nas questões (44 a 48), questiona-se se foi diagnosticada alguma doença por um médico ou outro profissional de saúde, de que forma a saúde física ou problemas emocionais interferiram nos relacionamentos com as outras pessoas e nas suas atividades diárias, bem como a frequência em que as pessoas se sentiram nervosas, tão em baixo que nada as animava, calmas, deprimidas e felizes.

As necessidades de saúde não satisfeitas (49 e 50) procuram fazer o levantamento sobre o numero de casos em que as pessoas necessitaram de consulta hospitalar ou nos cuidados primários e não conseguiram.

Por fim a qualidade de vida relacionada com a saúde (51 e 52), medida através do EQ-5D-5L, proveniente do grupo EuroQol e validada para Portugal por (Ferreira et al., 2013), a fim de fornecer uma medida simples, genérica de saúde para avaliação clínica e económica. Nesta dimensão tem-se como objetivo que as pessoas descrevam a melhor forma como a sua saúde está hoje, através de questões relacionadas com a mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Utiliza-se também uma escala

numérica (0-100) com o objetivo de quantificar a saúde, em que 0 corresponde à pior saúde que possa imaginar e 100 a melhor saúde que possa imaginar.

3.10 Recolha de dados

Os questionários foram aplicados em todo o concelho, através de uma equipa de 6 pessoas, formada, orientada e previamente treinada pelo próprio investigador. Em todas as aplicações, foi explicado qual o objetivo da investigação, assegurando o anonimato, bem como a confidencialidade de dados. Os inquéritos foram preenchidos no momento da entrevista, bem como a recolha dos mesmos pelos diversos entrevistadores.

Após a recolha de todos os questionários, o investigador passou os dados que se encontravam em formato papel, para formato digital de forma a serem tratados posteriormente.

3.11 Tratamento de dados

A análise estatística e tratamento de dados foram feitos através do programa informático de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 23 Windows.

A amostra utilizada neste estudo é populacional e tem um tamanho significativo ($n=308$). Desta forma pode afirmar-se que os dados têm uma distribuição normal, e como tal irão ser usados testes paramétricos.

Os testes utilizados para comparar médias e relacionar hipóteses, foram o (one sample *t-test*) para uma só amostra, ANOVA (analysis of variance), e ainda foi utilizado o coeficiente de Pearson.

4 RESULTADOS

No decorrer deste capítulo vamos observar os resultados obtidos neste estudo, caracterizando as variáveis utilizadas, bem como a relação entre elas.

4.1 Caracterização das variáveis em estudo

4.1.1 Caracterização sociodemográfica

Tal como já foi descrito 52,6% da amostra do estudo, pertence ao sexo feminino (n=162). Após análise da situação familiar da amostra, nota-se que 67,2% dos indivíduos tem como estado civil “casado/união facto”, havendo apenas 18,5% de solteiros. Quanto à situação profissional, nota-se que uma relevante percentagem de 47,7% de indivíduos está empregado/a, embora ainda existam 6,2% de indivíduos desempregados, sendo este valor mais baixo que a taxa de desemprego nacional de 8,8% no 2º trimestre de 2017. Apenas uma pessoa afirmou não estar inscrita em centro de saúde, o que corresponde a uma percentagem de 0,3%. O grau de ensino está mais equilibrado, com 26,6% de indivíduos que frequentaram o 1º ciclo, 22,1% frequentaram o ensino secundário, 20,1% o 3º ciclo, 16,2% completaram o ensino superior, 10,1% o 2º ciclo e apenas 4,9% não completou nenhum. (Tabela 4)

A média de idades é de 51,4 anos, sendo que a amplitude vai dos 15 aos 93 anos de idade. A amostra em estudo tem uma média de 72,9kg de peso, sendo que o indivíduo mais leve pesa 41kg e o mais pesado pesa 163kg. Em relação à altura, os indivíduos em estudo têm uma média de 165,8cm, sendo que a pessoa mais baixa mede 142cm, e a mais alta 190cm. (Tabela 4)

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Valor	N	%	% vál.	
Sexo	Masculino	146	47,4	47,4	
	Feminino	162	52,6	52,6	
	Total	308	100	100	
Estado Civil	Solteiro	57	18,5	18,5	
	Casado/união de facto	207	67,2	67,2	
	Viúvo	27	8,8	8,8	
	Separado/divorciado	17	5,5	5,5	
	Total	308	100,0	100,0	
Situação Profissional	Empregado	147	47,7	47,9	
	Desempregado	19	6,2	6,2	
	Estudante	30	9,7	9,8	
	Reformado	88	28,6	28,7	
	Incapacitado	6	1,9	2,0	
	Tarefas domésticas	17	5,5	5,5	
	NR	1	0,3	-	
	Total	308	100	100	
Inscrito em Centro de saúde	Sim	307	99,7	99,7	
	Não	1	0,3	0,3	
	Total	308	100	100	
Grau de ensino	Nenhum	15	4,9	4,9	
	1º ciclo	82	26,6	26,6	
	2º ciclo	31	10,1	10,1	
	3º ciclo	62	20,1	20,1	
	Secundário	68	22,1	22,1	
	Superior	50	16,2	16,2	
	Total	308	100,0	100,0	
Variável	N Válido	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade	308	15	93	51,4	1,078
Peso	292	41	163	72,9	14,61
Altura	299	142	190	165,8	9,984

4.1.2 Caracterização dos estilos de vida

Sono/Descanso

A população em estudo, dorme em média 6,98 horas por dia. A grande maioria das pessoas dorme entre 6 a 8 horas, representando 77,3% da amostra. O valor máximo de horas de sono por dia é de 12 horas, e o valor mínimo de 2 horas. Destas 308 pessoas, 58,8% refere acordar

de noite, ao invés dos restantes 41,2%. No entanto, apesar de mais de metade da amostra acordar durante a noite, 61,7% afirma que quando acorda, não se sente cansado. (Tabela 5)

Tabela 5 - Estilos de vida - Sono/Descanso

Varável	Valor	N	%		
Horas de sono	< 6 horas	41	13,3		
	6 – 8 horas	238	77,3		
	> 8 horas	29	9,4		
	Total	308	100%		
Acorda de noite	Sim	181	58,8		
	Não	127	41,2		
Acorda cansado	Sim	118	38,3		
	Não	190	61,7		
Variável	N Válido	Mínimo	Máximo	Média	DP
Horas de sono	308	2	12	6,98	1,408

Atividade/exercício físico

Quando questionados sobre a forma como desempenham as suas tarefas diárias, tais como trabalhar, cuidar da casa e estudar, 30,2% dos indivíduos em estudo referiram que as desempenham em pé envolvendo um esforço físico ligeiro e 26,6% executam-nas em movimento através de esforço físico moderado. Apenas 11,7% referiram não executar nenhuma das atividades descritas. Neste grupo de pessoas 44,9%, anda todos os dias a pé, pelo menos 10 minutos seguidos, enquanto de 14,9% afirma não andar nenhum dia. Os restantes (40,2%) anda a pé pelo menos 10 minutos, entre 1 a 6 dias. (Tabela 6)

Ao analisar o tempo que estas pessoas andam a pé num dia normal, observamos que metade anda entre 10 a 29 minutos. Nas deslocções de bicicleta, observam-se resultados completamente opostos, pois uma grande maioria de 82,1% refere não se deslocar através de bicicleta pelo menos 10 minutos seguidos. Apenas 5% dos inquiridos afirma deslocar-se todos os dias de bicicleta, enquanto que os restantes 12,9% se deslocam entre 1 a 6 dias por semana. (Tabela 6)

Tabela 6 - Estilos de vida - Atividade

Variável	Valor	N	%	% vál.
Desempenho de atividades	Sentado - esforço físico ligeiro	55	17,9	17,9
	Em pé - esforço físico ligeiro	93	30,2	30,2
	Movimento - esforço físico moderado	82	26,6	26,6
	Trabalhos fisicamente exigentes	42	13,6	13,6
	Não executa nenhuma atividade	36	11,7	11,7
	Total	308	100,0	100,0
Dias que anda a pé + de 10 minutos	0	45	14,6	14,9
	1	5	1,6	1,7
	2	25	8,1	8,3
	3	18	5,8	5,9
	4	12	3,9	4,0
	5	44	14,3	14,5
	6	18	5,8	5,9
	7	136	44,2	44,9
	Omisso	5	1,6	-
Total	308	100	100	
Tempo que anda a pé	10 a 29 min	145	47,1	50,0
	30 a 59 min	72	23,4	24,8
	1 a 2 horas	39	12,7	13,4
	> 2 horas	34	11,0	11,7
	Omisso	18	5,8	-
Total	308	100	100	
Dias anda de bicicleta + 10 minutos	0	247	80,2	82,1
	1	9	2,9	3,0
	2	12	3,9	4,0
	3	9	2,9	3,0
	4	2	0,6	0,7
	5	7	2,3	2,3
	7	15	4,9	5,0
	Omisso	8	2,3	-
	Total	308	100	100

Ao avaliar o número de dias de prática de exercício físico numa semana normal, obtiveram-se valores preocupantes, na medida em que 54,4% da amostra refere não praticar exercício físico. Apenas 12,8% refere praticar 2 vezes exercício físico durante 10 minutos numa semana, e, 9,8% pratica exercício físico todos os dias. (Tabela 7)

Dos diversos exercícios físicos disponíveis, 17,2% dos indivíduos realizam marcha lenta, 9,7% praticam ginásio/aulas ginásio, 8,8% realizam marcha rápida, 5,2% praticam futebol, basquetebol ou voleibol, 3,6% praticam natação, 1,9% praticam jogging/corrída, 1,3% praticam hidroginástica e 0,6% praticam golfe. Além destes exercícios físicos, 4,2% afirma praticar outras atividades físicas e uns significantes 52,6% não executa nenhuma atividade.

Houve 54,4% que referiu não praticar nenhum minuto de exercício físico num dia normal, e a prática mais comum de exercício é de 60 minutos que equivale 10,7% das pessoas, de 30 minutos, que equivale a 8,8%. Num dia normal estes indivíduos praticam em média 36,56 minutos de exercício físico. (Tabela 7)

Tabela 7 - Estilos de vida – Exercício físico

Variável	Valor	N	%	% vál.	
Dias Pratica exercício físico + 10 minutos	0	166	53,9	54,4	
	1	10	3,2	3,3	
	2	39	12,7	12,8	
	3	24	7,8	7,9	
	4	15	4,9	4,9	
	5	15	4,9	4,9	
	6	6	1,9	2,0	
	7	30	9,7	9,8	
	Omisso	3	1	-	
	Total	308	100	100	
Tipo de exercício físico que pratica *Nota: Houve indivíduos que responderam mais do que uma opção (n=324)	Marcha lenta (<4km/h)	53	17,2	-	
	Marcha rápida (>4km/h)	27	8,8	-	
	Jogging/corrída	6	1,9	-	
	Hidroginástica	4	1,3	-	
	Natação	11	3,6	-	
	Golfe	2	0,6	-	
	Ginásio/aulas de ginásio	30	9,7	-	
	Futebol/Basquetebol/Voleibol	16	5,2	-	
	Outra forma de exercício físico	13	4,2	-	
	Não executa nenhuma das atividades indicadas	162	52,6	-	
Variável	N Válido	Mínimo	Máximo	Média	DP
Tempo médio de exercício físico	272	0	510	36,56	60,48

Consumo de Alimentos

A maioria da amostra em estudo toma por dia ente 3 a 5 refeições. A percentagem de 40,1% toma 4 refeições por dia e houve apenas 1 pessoa que corresponde a 0,3% que afirmou tomar 7 refeições diárias. (Tabela 8)

Houve 96,7% de pessoas que afirmou não ter passado fome em nenhum dia da semana por não ter comida suficiente em casa. Os restantes 1,7% afirma ter tido fome 1 dia, 1,3% teve fome 2 dias, e 0,3% teve fome 5 dias numa semana. (Tabela 8)

Tabela 8 – Estilos de vida - Consumo de alimentos

Variável	Valor	N	%	% vál.
Nº de refeições por dia	2	5	1,6	1,6
	3	85	27,6	27,7
	4	123	39,9	40,1
	5	81	26,3	26,4
	6	12	3,9	3,9
	7	1	0,3	0,3
	Omisso	1	0,3	-
	Total	308	100	100
Ter fome por não ter comida em casa	0	293	95,1	96,7
	1	5	1,6	1,7
	2	4	1,3	1,3
	5	1	0,3	0,3
	Omisso	5	1,6	-
	Total	308	100	100

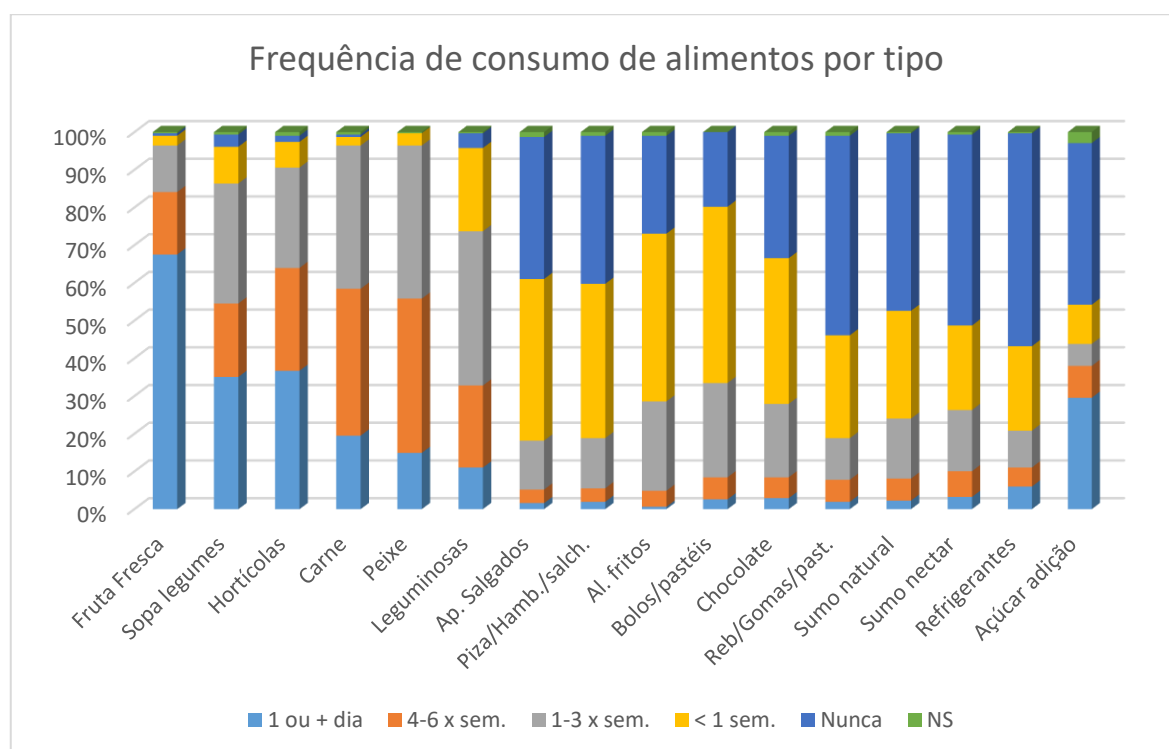
Quando se analisa o consumo semanal de vários alimentos, conclui-se que a fruta fresca é o alimento mais consumido diariamente, com 67,8%. Já a sopa de legumes, é consumida uma vez ou mais por dia por 35,3% das pessoas, no entanto há também uma percentagem considerável de 32% que consome apenas de 1 a 3 vezes por semana. O consumo de hortícolas mantém-se com a mesma tendência, sendo que 37% consome 1 ou mais vezes por dia, enquanto que 27,5% consome 4 a 6 vezes por semana e 26,9% consome de 1 a 3 vezes por semana. (Figura 2)

Quanto às proteínas, percebemos que a tendência muda um pouco, visto que a carne é consumida na maioria entre 4 a 6 vezes com 39,2% e 1 a 3 vezes por semana com 38,2%. O mesmo acontece no consumo de peixe, com valores de 41% de 4 a 6 vezes por semana e 40,7% de 1 a 3 vezes por semana. (Figura 2)

Os alimentos com maior teor de sal, mantêm todos uma tendência de menor frequência de consumo. No caso dos aperitivos salgados, 43,4% afirma consumir apenas menos de uma vez por semana, enquanto que 38,2% afirma nunca consumir. As pizzas, hambúrgueres, e salsichas, não são exceção, com 41,3% a consumir menos de uma vez por semana e 39,7% nunca consome. Parte dos alimentos fritos feitos em casa, também são consumidos apenas menos de 1 vez por semana por 44,9% dos indivíduos, com uma percentagem considerável de pessoas que diz nunca consumir 26,2% e 23,9% diz que consome de 1 a 3 vezes por semana. (Figura 2)

Tanto os bolos e pastéis, como os chocolates, têm a maior percentagem de consumo, menos de uma vez por semana com 46,8% e 39% respetivamente. A maioria dos consumidores alega nunca consumir rebuçados, gomas e pastilhas elásticas, com 53,3%. Quanto aos sumos, de fruta natural, tipo néctar e refrigerantes, todos eles na sua maioria numa semana normal nunca são consumidos, com 47,2%, 51% e 55,4% respetivamente. O açúcar de adição tem dois extremos, com 44,1% que nunca consome, mas com 30,4% a consumir uma ou mais vezes por dia. (Figura 2)

Figura 2 – Frequência de consumo de alimentos por tipo



Consumo Tabaco

Nesta amostra em análise, apenas 16,9% são fumadores. Deste grupo de indivíduos 94,2% fuma diariamente. Em média este grupo fuma 12,42 cigarros por dia e começaram a fumar em média aos 17,51 anos de idade, sendo que o indivíduo que começou a fumar mais cedo tinha 10 anos de idade, e o mais velho 45 anos. Do grupo dos não fumadores, apenas uma percentagem de 27,5% já fumou. Uma percentagem de 67,2% destes antigos fumadores consumia na sua grande maioria diariamente. Estes indivíduos deixaram de fumar em média aos 36,16 anos de idade, com um mínimo de 18 anos e um máximo de 73 anos de idade.

Quando questionados sobre a ajuda que tiveram para deixar de fumar, uns surpreendentes 92,8% afirmam ter deixado de fumar sem nenhum apoio. Os restantes foram igualmente distribuídos pela ajuda de médico, medicamentos e pastilhas de nicotina. (Tabela 9)

Tabela 9 – Estilos de vida - Consumo de tabaco

Variável	Valor	N	%	% Vál.	
Fuma	Sim	52	16,9	16,9	
	Não	255	82,8	83,1	
	Omisso	1	0,3	-	
	Total	308	100	100	
Fumou	Sim	70	16,9	16,9	
	Não	185	82,8	83,1	
	Omisso	53	0,3	-	
	Total	308	100	100	
Fuma com que frequência	Diariamente	49	15,9	94,2	
	Ocasionalmente	3	1,0	5,8	
	Omisso	256	83,1	-	
	Total	308	100	100	
Fumava com que frequência	Diariamente	45	14,6	67,2	
	Ocasionalmente	22	7,2	32,8	
	Omisso	241	78,2	-	
	Total	308	100	100	
Ajuda utilizou para deixar de fumar	Apoio médico	1	0,3	1,4	
	Medicamentos	1	0,3	1,4	
	Pastilhas de nicotina	1	0,3	1,4	
	Nenhum apoio	64	20,8	92,8	
	Outro apoio	1	0,3	1,4	
	Prefere não responder	1	0,3	1,4	
	Omisso	239	77,6	-	
	Total	308	100	100	
Variável	N Válido	Mínimo	Máximo	Média	DP
Nº cigarros fuma por dia	52	1	30	12,42	6,841
Idade começou a fumar	106	10	45	17,51	4,477
Idade deixou de fumar	58	18	73	36,16	13,188

Consumo de substâncias Ilícitas

No universo de 308 pessoas da amostra existem 3,2% que consomem substâncias ilícitas. A substância mais consumida é o canábis, com (n=6), enquanto que (n=3) consomem haxixe,

(n=1) consome heroína, (n=1) consome cocaína, (n=3) consomem barbitúricos. A maioria dos consumidores consome apenas ocasionalmente, com uma percentagem de 60%, enquanto que 20% consome diariamente, e 10% consome entre 2ª a 5ª feira e outros 10% consome entre 6ª feira a domingo. Quando inquiridos sobre o consumo de substâncias ilícitas em combinação com álcool, 90% refere que não consome as duas substâncias em simultâneo, enquanto que 10% mistura as duas substâncias. (Tabela 10)

Dos 297 indivíduos que não consomem substâncias ilícitas, 90,2% afirmam nunca ter consumido, enquanto que 5,7% já consumiu ocasionalmente, 3,4% consumiu uma só vez e apenas 0,7% consumia diariamente. (Tabela 10)

Tabela 10 – Estilos de vida - Consumo de substâncias ilícitas

Variável	Valor	N	%	% Vál.
Consome substâncias ilícitas	Sim	10	3,2	3,3
	Não	297	96,4	96,7
	Omisso	1	0,3	-
	Total	100	100	100
Tipo de substância ilícita *Nota: houve indivíduos que selecionaram + que uma opção	Canábis	6	1,9	43
	Haxixe	3	1	21,4
	Heroína	1	0,3	7,1
	Cocaína/crack	1	0,3	7,1
	Barbitúricos	3	1	21,4
	Omisso	298	95,5	-
	Total	312	100	100
Frequência consome substâncias ilícitas	diariamente	2	0,6	20,0
	ocasionalmente	6	1,9	60,0
	entre 2ª a 5ª	1	0,3	10,0
	entre 6ª a domingo	1	0,3	10,0
	omisso	298	96,8	-
Total	308	100	100	
Consome substâncias ilícitas com álcool	Sim	1	0,3	10
	Não	9	2,9	90
	Omisso	298	96,8	-
	Total	308	100	100
Consumiu substâncias ilícitas	não	267	86,7	90,2
	diariamente	2	,6	,7
	ocasionalmente	17	5,5	5,7
	uma só vez	10	3,2	3,4
	Omisso	12	3,9	-
Total	308	100	100	

Consumo de álcool

Do universo dos inquiridos, 55,5%, ou seja, a maioria não consome álcool. Os restantes 44,5% que consomem álcool, 20,6% consome apenas entre 6ª e domingo. Entre 2ª e 5ª feira, 43,4% consome em 4 dias, enquanto que 16,9% consome em 3 dias consumindo o restante em 1 e 2 dias. Entre 6ª feira a domingo, 57,4% consome nos 3 dias, e os restantes consomem entre 1 e 2 dias. (Tabela 11)

Tabela 11 – Estilos de vida – Consumo de álcool

Variável	Valor	N	%	% vál.
Consumo de álcool	Sim	137	44,5	44,5
	Não	171	55,5	55,5
	Total	308	100,0	100,0
Consumo álcool entre 2ª a 5ª feira	0	29	9,4	21,3
	1	13	4,2	9,6
	2	12	3,9	8,8
	3	23	7,5	16,9
	4	59	19,2	43,4
	Omisso	172	55,8	-
	Total	308	100	100
Consumo de álcool entre 6ª feira e domingo	0	2	0,6	1,5
	1	30	9,7	22,1
	2	26	8,4	19,1
	3	78	25,3	57,4
	Omisso	172	55,8	-
	Total	308	100	100

Suporte Social

Do total das pessoas que responderam ao inquérito, 62,4% nunca se sentiram sozinhas e sem apoio. Houve, no entanto, 14,1% pessoas que quase nunca se sentiram assim e 19% que por vezes se sentiram sós e sem apoio. Caso surgisse um problema grave na vida destas pessoas, uma grande maioria de 81,9% teria entre 1 a 5 pessoas a quem poderia recorrer. Uma pequena parte da amostra de 0,7% referiu que não tinha ninguém a quem recorrer e 17,4% teria 6 ou mais pessoas a quem recorrer. Praticamente metade destas pessoas 49,5%, refere que as pessoas com quem se relacionam têm muita preocupação em relação a si, enquanto que 35,8% têm alguma preocupação. Houve 11,4% de indivíduos que não conseguiram avaliar a preocupação e interesse que os outros têm em relação a si e apenas 3,3% dos

inquiridos afirmou que as pessoas com quem se relacionam têm pouca ou nenhuma preocupação em relação a si. (Tabela 12)

Ao avaliar a facilidade em obter ajuda dos vizinhos, existe uma distribuição equilibrada entre ser muito fácil de obter ajuda com 23,1%, em ser fácil em obter ajuda com 29% e possível em obter ajuda com 33%. Apenas 14,9% referiu ser difícil e muito difícil obter ajuda dos vizinhos. (Tabela 12)

Tabela 12 – Estilos de vida - Suporte social

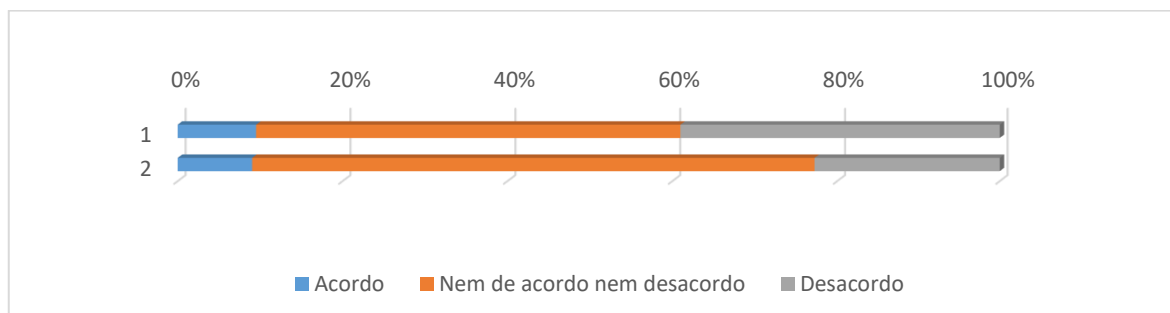
Variável	Valor	N	%	% vál.
Alguma vez se sentiu sozinho/a e sem apoio	nunca	191	62,0	62,4
	quase nunca	43	14,0	14,1
	por vezes	58	18,8	19,0
	quase sempre	10	3,2	3,3
	sempre	4	1,3	1,3
	Omisso	2	0,6	-
	Total	308	100	100
Quantas pessoas poderia recorrer, caso tivesse um problema grave	nenhuma	2	0,6	0,7
	1 ou 2 pessoas	134	43,5	44,1
	3 a 5 pessoas	115	37,3	37,8
	6 ou +	53	17,2	17,4
	Não sabe	3	1,0	-
	Omisso	1	0,3	-
Total	308	100	100	
Qual o nível de preocupação que as pessoas com que se relaciona têm em relação a si	muita	152	49,4	49,5
	alguma	110	35,7	35,8
	não consegue avaliar	35	11,4	11,4
	pouca	8	2,6	2,6
	nenhuma	2	0,6	0,7
	Omisso	1	0,3	-
Total	308	100	100	
Facilidade em obter ajuda dos vizinhos	muito fácil	70	22,7	23,1
	fácil	88	28,6	29,0
	possível	100	32,5	33,0
	difícil	26	8,4	8,6
	muito difícil	19	6,2	6,3
	Omisso	5	1,6	-
Total	308	100	100	

4.1.3 Caracterização Satisfação com a vida / Estado de saúde/ Necessidades de saúde não satisfeitas/ Qualidade de vida

Satisfação com a vida

Em relação à satisfação com a vida foram criadas duas afirmações, com as quais a amostra tinha que concordar, nem concordar/nem discordar ou discordar. Na primeira afirmação “Estou satisfeito com a minha vida”, 9,5% dos inquiridos concordaram com a afirmação, enquanto que a maioria de 51,5% nem concordou nem discordou e 39% discordou. Na segunda afirmação “Em muitos aspetos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais”, houve uma diminuição de pessoas a concordar com 9,1%, um significativo aumento para 68,2% de pessoas que não concordava nem discordava e por fim uma diminuição de pessoas que discordavam 22,7% tal como mostra a (figura 3).

Figura 3 - Afirmações relacionadas com a satisfação com a vida



Afirmação 1: “Estou satisfeito com a minha vida” Afirmação 2: Em muitos aspetos a minha vida aproxima-se dos meus ideais”

Perceção do estado de saúde

De uma maneira geral, 45,5% da amostra considerou que a sua saúde é razoável, enquanto que 36,4% consideram a sua saúde boa e, 9,1% classificam a sua saúde como muito boa. Apenas, 7,5% consideram a seu estado de saúde mau, e, 1,6% muito mau. Do total da amostra, 62,8% não têm nenhuma doença diagnosticada por um médico, enquanto que 37,2% tiveram diagnóstico de doenças variadas. (Tabela 13)

Quando questionadas sobre como se sentiram nas últimas 4 semanas, 38% referiu sentir-se algumas vezes nervosas, 29,5% poucas vezes nervosas e 15,3% nunca se sentiram nervosas. Houve ainda, 9,4% e 7,8% que referiram sentir-se a maior parte do tempo e sempre nervosas respetivamente. Quando inquiridos sobre se sentiam tão em baixo que nada os animava, 69,8% dos indivíduos referiu que poucas vezes ou nunca se sentiram assim. O mesmo se passou quando foram questionados sobre se sentiam deprimidos, em que, 69,9% referiu que poucas vezes ou nunca se sentiram em depressão. Por outro lado, ao questionar se nas últimas 4 semanas se sentiram calmos e tranquilos, 51,9% respondeu que esteve sempre ou a maior parte do tempo calmo e tranquilo. O mesmo aconteceu quando questionados sobre se sentiam felizes, com 57,1% a responder se sentia feliz sempre ou a maior parte do tempo. (Tabela 13)

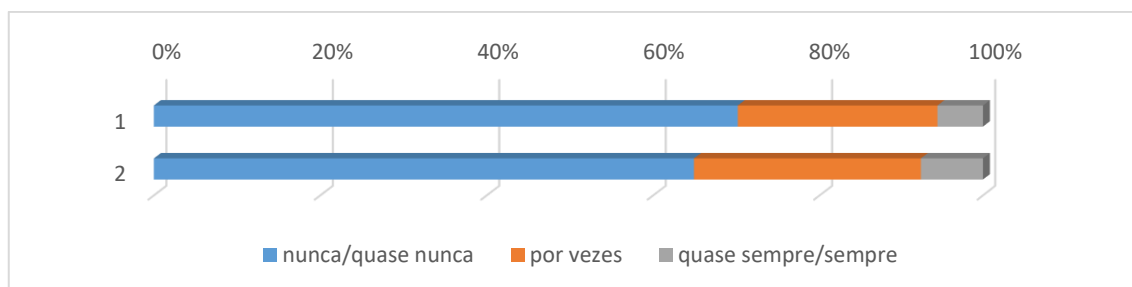
Tabela 13 – Perceção do estado de saúde

Variável	Valor	N	%	% vál.
Como considera o seu estado de saúde	Muito bom	28	9,1	9,1
	Bom	112	36,4	36,4
	Razoável	140	45,5	45,5
	Mau	23	7,5	7,5
	Muito Mau	5	1,6	1,6
	Total	308	100,0	100,0
Doença diagnosticada por médico/profissional de saúde	Sim	113	36,7	37,2
	Não	191	62,0	62,8
	Omisso	4	1,3	-
	Total	308	100	100
Últimas 4 semanas, quantas vezes se sentiu nervoso/a	Sempre	24	7,8	7,8
	A maior parte do tempo	29	9,4	9,4
	Algumas vezes	117	38,0	38,0
	Poucas vezes	91	29,5	29,5
	Nunca	47	15,3	15,3
	Total	308	100,0	100,0
Últimas 4 semanas, quantas vezes se sentiu tão em baixo que nada o animava	Sempre	4	1,3	1,3
	A maior parte do tempo	18	5,8	5,8
	Algumas vezes	71	23,1	23,1
	Poucas vezes	89	28,9	28,9
	Nunca	126	40,9	40,9
	Total	308	100,0	100,0
Últimas 4 semanas, quantas vezes se sentiu calmo/a e tranquilo/a	Sempre	40	13,0	13,0
	A maior parte do tempo	120	39,0	39,0
	Algumas vezes	91	29,5	29,5
	Poucas vezes	51	16,6	16,6
	Nunca	6	1,9	1,9
	Total	308	100,0	100,0

Últimas 4 semanas, quantas vezes se sentiu deprimido/a	Sempre	4	1,3	1,3
	A maior parte do tempo	21	6,8	6,8
	Algumas vezes	68	22,1	22,1
	Poucas vezes	71	23,1	23,1
	Nunca	144	46,8	46,8
	Total	308	100,0	100,0
Últimas 4 semanas, quantas vezes se sentiu feliz	Sempre	55	17,9	17,9
	A maior parte do tempo	121	39,3	39,3
	Algumas vezes	90	29,2	29,2
	Poucas vezes	37	12,0	12,0
	Nunca	5	1,6	1,6
	Total	308	100,0	100,0

Em relação à medida como a saúde física ou emocional dos inquiridos interferiu nos seus relacionamentos sociais normais com a família, amigos, vizinhos ou nas suas atividades domésticas, de lazer ou no trabalho, os inquiridos responderam que nunca ou quase nunca houve interferência, com 70,2 % e 64,9% respetivamente. (Figura 4).

Figura 4 - Medida em que a saúde física e emocional interferiu com os outros e nas atividades diárias



Interferência com os outros 1 ; Interferência com as atividades diárias 2

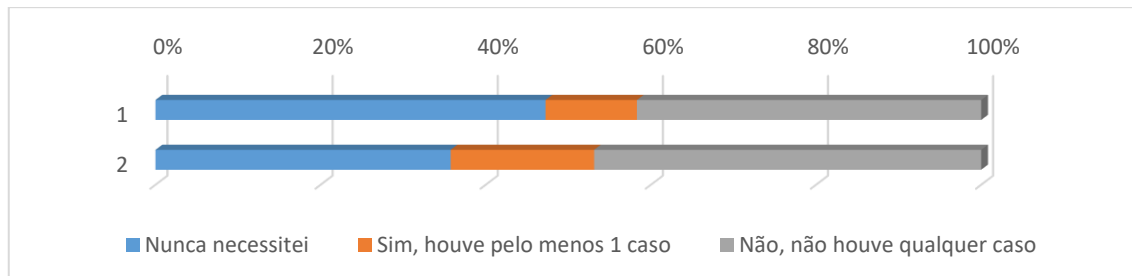
Necessidades não satisfeitas

De forma a avaliar as necessidades não satisfeitas, foram criadas duas questões, sobre se nos últimos 12 meses houve casos em que necessitaram de consultas hospitalares ou em cuidados primários e não as tenham conseguido.

No caso hospitalar, 47,2% referiu nunca ter necessitado, enquanto que, 41,7% afirmou não ter havido nenhum caso em que não tenha conseguido ter consulta. No entanto, 11,1% refere ter havido pelo menos 1 caso em que não conseguiu arranjar consulta. Nos cuidados primários, 35,7% referiu nunca ter necessitado, enquanto que 46,9% afirmou não ter havido

nenhum caso em que não tenha conseguido ter consulta. No entanto, 17,4% refere ter havido pelo menos 1 caso em que não conseguiu arranjar consulta. (Figura 5)

Figura 5- Necessidade de consultas hospitalares e em cuidados primários



Consulta hospitalar 1 ; Consulta em cuidados primários 2

Qualidade de vida

A qualidade de vida é avaliada através do EQ-5D-5L. Esta escala é constituída por 5 componentes (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade e depressão). Também foi utilizada uma escala de perceção de saúde atual graduada dos 0-100.

Tanto na mobilidade, como nos cuidados pessoais, a amostra refere maioritariamente que não tem problemas em andar, se lavar ou vestir com 73,7% e 90,3% respetivamente. No que respeita à mobilidade, apenas 3,2% das pessoas alega ter problemas graves em andar e 1% refere ser incapaz. Quanto aos cuidados pessoais, apenas 1,3% tem problemas graves em se lavar ou vestir sozinho, 1,3% afirma ser incapaz de o fazer. (Tabela 14)

Quanto às atividades habituais, 77,6% não tem problemas em desempenhá-las, enquanto que uma pequena percentagem de 1,3% de indivíduos são incapazes de desempenhar as suas tarefas. No grupo de pessoas em análise, 38% não refere ter dor ou mal-estar, enquanto que 6,2% afirma ter dores e mal-estar graves, e 1,3% tem dores e mal-estar extremos. (Tabela 14)

A maioria da amostra representado por 59,1% diz não estar ansioso ou deprimido, enquanto que 3,9% se encontram num estado grave de ansiedade ou depressão. Apenas 0,3% estão extremamente ansiosos ou deprimidos. Ao avaliar a saúde pessoal atual, numa escala dos 0-100, em que 0 corresponde à pior saúde que a pessoa possa imaginar, e 100 a melhor saúde

que a pessoa possa imaginar, obteve-se uma média de 74,23 pontos. O mínimo observado foi de 30, e o máximo de 100 pontos. (Tabela 14)

Tabela 14 – Qualidade de vida

Variável	Valor	N	%	% vál.	
Mobilidade	Não tenho problemas	227	73,7	73,7	
	Tenho problemas ligeiros	40	13,0	13,0	
	Tenho problemas moderados	28	9,1	9,1	
	Tenho problemas graves	10	3,2	3,2	
	Sou incapaz	3	1,0	1,0	
	Total	308	100,0	100,0	
Cuidados Pessoais	Não tenho problemas	278	90,3	90,3	
	Tenho problemas ligeiros	12	3,9	3,9	
	Tenho problemas moderados	10	3,2	3,2	
	Tenho problemas graves	4	1,3	1,3	
	Sou incapaz	4	1,3	1,3	
	Total	308	100,0	100,0	
Atividades Habituais	Não tenho problemas	239	77,6	77,6	
	Tenho problemas ligeiros	36	11,7	11,7	
	Tenho problemas moderados	23	7,5	7,5	
	Tenho problemas graves	6	1,9	1,9	
	Sou incapaz	4	1,3	1,3	
	Total	308	100,0	100,0	
Dor/Mal-estar	Não tenho problemas	117	38,0	38,0	
	Tenho problemas ligeiros	110	35,7	35,7	
	Tenho problemas moderados	58	18,8	18,8	
	Tenho problemas graves	19	6,2	6,2	
	Sou incapaz	4	1,3	1,3	
	Total	308	100,0	100,0	
Ansiedade e depressão	Não estou ansioso/deprimido	182	59,1	59,1	
	Estou ligeiramente ansioso/deprimido	69	22,4	22,4	
	Estou moderadamente ansioso/deprimido	44	14,3	14,3	
	Estou gravemente ansioso/deprimido	12	3,9	3,9	
	Estou extremamente ansioso/deprimido	1	,3	,3	
	Total	308	100,0	100,0	
Variável	N Válido	Mínimo	Máximo	Média	DP
Perceção da saúde hoje	308	30	100	74,23	15,77

4.2 Relação das variáveis em estudo

Há sempre o risco de considerarmos um efeito verdadeiro, quando de facto, este pode não ser (erro tipo I). Para Ronald Fisher, somente quando a probabilidade de algo acontecer por acaso é igual ou menor que 5% ($\leq 0,05$), podemos aceitar que é um resultado estatisticamente significativo. (Field, 2009)

Com este pressuposto, após análise estatística das hipóteses formuladas, conclui-se que:

- **H1** - É significativa a diferença entre a média diária de sono com a situação familiar, sendo que $\alpha=0,002$. Na tabela 15 verifica-se que os casados dormem em média mais horas do que os não casados.

Tabela 15 - Relação entre as horas de sono com situação familiar

	Casado	Não casado	t	Sig
Horas de sono	7,43 ± 1,62	6,76 ± 1,23	3,99	0,002

- **H2** - Não é significativa a diferença entre a região de residência com o tempo que as pessoas andam a pé, visto que $\alpha=0,892$.

Tabela 16 - Relação entre a região de residência com o tempo a que se anda a pé

	Norte	Sul	Urbana	F	Sig
Anda a pé	1,88 ± 1,04	1,90 ± 1,07	1,83 ± 1,02	0,11	0,892

- **H3** - Não é significativa a diferença entre a região de residência com o tempo de prática de exercício físico, pois $\alpha=0,933$.

Tabela 17 - Relação entre a região de residência com o tempo de prática de exercício físico

	Norte	Sul	Urbana	F	Sig
Exercício físico	38,52 ± 71,71	36,07 ± 56,85	35,22 ± 52,80	0,069	0,933

- **H4** – Não é significativa a diferença entre o número de refeições por dia com a situação familiar, sendo que $\alpha=0,360$.

Tabela 18 - Relação entre o nº de refeições com a situação familiar

	Não Casado	Casado	t	Sig
Nº refeições	4,11 ± 0,90	4,01 ± 0,88	0,917	0,360

- **H5** – Não é significativa a diferença entre sentir fome por não ter comida em casa e a situação profissional visto que $\alpha=0,933$

Tabela 19 - Relação entre passar fome e situação profissional

	Empreg.	Desempreg.	Estud.	Reform.	Inc. e domésticos	F	Sig
Fome	0,08 ± 0,49	0,11 ± 0,45	0,03 ± 0,18	0,05 ± 0,25	0,00 ± 0,00	0,263	0,933

- **H6** – É significativa a diferença entre frequência de consumo de peixe e a situação familiar, sendo que $\alpha=0,007$. Na tabela 20 verifica-se que os casados consomem mais frequentemente peixe que os não casados.

Tabela 20 - Relação entre a frequência de consumo de peixe e situação familiar

	Casado	Não casado	F	Sig
Frequência consumo peixe	2,24 ± 0,75	2,49 ± 0,75	7,25	0,007

- **H7** – É significativa a diferença entre a frequência de consumo de alimentos fritos feitos em casa, entre as classes etárias, na medida em que $\alpha=0,028$. Após o teste de comparações múltiplas de Tukey HSD, percebe-se que esta significância se deve ao facto de que os indivíduos com idades entre os 15-24 anos consomem alimentos fritos entre 1 a 3 vezes por semana, e menos de uma vez por semana, enquanto que os indivíduos com mais de 75 anos consomem entre menos de uma vez por semana e nunca, existindo significância $\alpha=0,015$ entre eles.

Tabela 21 - Relação entre a frequência de consumo de alimentos fritos feitos em casa com classes etárias

	15-24	25-64	64-74	75+	F	Sig
Frequência consumo fritos	3,64 ± 0,86	3,90 ± 0,88	3,93 ± 0,73	4,25 ± 0,72	3,075	0,028

- **H8** - É significativa a diferença entre o consumo de tabaco com o sexo, pois $\alpha < 0,001$. Em média, os homens, aproximam-se mais da resposta (sim=1) quando questionados sobre se fumam, enquanto as mulheres se aproximam mais da resposta (não=2). Na tabela 22 verifica-se que os homens fumam mais.

Tabela 22 - Relação entre o consumo de tabaco e o sexo

	Masculino	Feminino	t	Sig
Consumo tabaco	1,75 ± 0,43	1,91 ± 0,29	-3,814	<0,001

- **H9** – É significativa a diferença no consumo de tabaco entre as regiões de residência, visto que $\alpha=0,005$. Após o teste de comparações múltiplas de Tukey HSD, percebe-se que esta significância se deve ao facto de que em média, os indivíduos da região urbana, se aproximam mais da resposta (sim=1) quando questionados sobre se fumam, enquanto os indivíduos da região norte se aproximam mais da resposta (não=2) existindo significância entre eles com $\alpha=0,005$.

Tabela 23 - Relação entre consumo de tabaco e a região de residência

	Norte	Sul	Urbana	F	Sig
Consumo tabaco	1,90 ± 0,30	1,86 ± 0,35	1,74 ± 0,44	5,441	0,005

- **H10** – Não é significativa a diferença entre o consumo de substâncias ilícitas com o sexo, pois $\alpha=0,332$.

Tabela 24 - Relação entre as substâncias ilícitas com o sexo

	Masculino	Feminino	t	Sig
Substâncias ilícitas	1,97 ± 0,16	1,96 ± 0,19	0,485	0,332

- **H11** - É significativa a diferença entre o consumo de álcool com o sexo, dado que $\alpha=0,001$. Percebe-se que esta significância se deve ao facto de que em média, os indivíduos do sexo masculino, se aproximam mais da resposta (sim=1) quando questionados sobre se consomem álcool, enquanto que os indivíduos do sexo feminino se aproximam mais da resposta (não=2). Verifica-se na tabela 25 que os homens bebem mais que as mulheres.

Tabela 25 - Relação entre o consumo de álcool e o sexo

	Masculino	Feminino	t	Sig
Álcool	1,32 ± 0,46	1,77 ± 0,19	0,42	0,001

- **H12** - O consumo de álcool não se relaciona significativamente com a região de residência, visto que $\alpha=0,944$.

Tabela 26 - Relação entre álcool e a região de residência

	Norte	Sul	Urbana	F	Sig
Álcool	1,55 ± 0,50	1,57 ± 0,49	1,54 ± 0,50	0,058	0,944

- **H13** – É significativa a diferença entre sentir-se sozinho/sem apoio com a situação familiar, sendo que $\alpha=0,001$. Esta significância deve-se ao facto de quando questionados sobre se alguma vez se sentiram sozinhos e sem apoio, os casados em média responderam entre (nunca=1) e (quase nunca=2), enquanto que os não casados em média responderam mais (quase nunca=2). Segundo a tabela 27 os casados sentem-se menos sozinhos que os não casados.

Tabela 27 – Relação entre sentir-se sozinho com a situação familiar

	Casado	Não casado	F	Sig
Sozinho s/ apoio	1,54 ± 0,90	1,93 ± 1,06	10,845	0,001

- **H14** – É significativa a diferença entre a facilidade em obter ajuda dos vizinhos, com a região de residência, pois $\alpha=0,012$. Após o teste de comparações múltiplas de Tukey HSD, percebe-se que esta significância se deve ao facto de que em média, os indivíduos da região urbana quando inquiridos sobre a facilidade em obter ajuda dos vizinhos responderam mais perto de (possível=3) e os habitantes da região sul responderam mais perto de (fácil=2) existindo uma significância de $\alpha=0,009$ entre eles.

Tabela 28 - Relação entre a ajuda dos vizinhos com a região de residência

	Norte	Sul	Urbana	F	Sig
Ajuda vizinhos	2,47 ± 0,87	2,22 ± 1,17	2,69 ± 1,24	4,450	0,012

- **H15** – É significativa a diferença entre o estado de saúde com o grau de escolaridade pois $\alpha < 0,001$. De uma maneira geral, após o teste de comparações múltiplas de Tukey HSD, percebe-se que existe significância $\alpha < 0,001$ entre nenhum grau de escolaridade e 1º ciclo com o 3º ciclo, ensino secundário e superior. O 2º ciclo tem relação significativa com ensinos secundário e superior com $\alpha=0,038$ e $\alpha=0,004$ respetivamente. Este resultado é o esperado, pois vai havendo uma graduação

crecente em relação à percepção do estado de saúde, conforme o aumento de grau académico.

Tabela 29 - Relação entre o estado de saúde e o grau académico

	Nenhum.	1° Ciclo	2° Ciclo	3° Ciclo	Secundário	Superior	F	Sig
Estado Saúde	3,40 ± 0,82	2,96 ± 0,83	2,74 ± 0,67	2,42 ± 0,71	2,26 ± 0,70	2,12 ± 0,68	15,20	<0,001

- **H16** – É significativa a diferença entre ter necessitado de uma consulta nos cuidados primários e não a ter conseguido com a região de residência, sendo $\alpha=0,05$. Após o teste de comparações múltiplas de Tukey HSD, percebe-se que esta significância se deve ao facto de que em média, os indivíduos da região sul quando inquiridos sobre a necessidade de consulta nos cuidados primários sem a ter conseguido responderam mais perto de (sim houve pelo menos um caso=2) e os habitantes da região norte responderam mais perto de (não nunca houve qualquer caso=3) existindo uma significância de $\alpha=0,043$ entre eles.

Tabela 30 - Relação entre necessitar de consulta nos cuidados primários e não a ter, com a região de residência

	Norte	Sul	Urbana	F	Sig
Consulta C.P. e não a ter	2,29 ± 0,93	1,98 ± 0,94	2,08 ± 0,81	3,022	0,05

- **H17** – É significativa a diferença entre os problemas de mobilidade com o acordar durante o sono, com $\alpha < 0,001$. Isto significa que os indivíduos que acordam durante o sono, responderam mais perto de (tenho problemas ligeiros em andar=2), do que os indivíduos que não acordam durante a noite que estão mais perto da resposta (não tenho problemas em andar=1).

Tabela 31 - Relação entre os problemas de mobilidade e o acordar durante o sono

	Acorda	Não acorda	F	Sig
Mobilidade	1,60 ± 0,96	1,23 ± 0,63	14,66	<0,001

- **H18** – É significativa a diferença entre dores/mal-estar com o estado de saúde, com $\alpha < 0,001$. Também foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, com $\rho = 0,590$, que corresponde a uma correlação moderada. Após o teste de comparações múltiplas de Tukey HSD, percebe-se que apenas não existe significância entre dores extremas e dores moderadas com $\alpha = 0,804$ e entre dores extremas e dores moderadas com $\alpha = 0,987$. Todas as restantes relações apresentam $\alpha < 0,05$.

Tabela 32 - Relação entre o estado de saúde com a dor/mal-estar

	s/ dores	Dores ligeiras	Dores moderadas	Dores graves	Dores extremas	F	Sig
Estado Saúde	2,07 ± 0,67	2,56 ± 0,62	3,12 ± 0,65	3,68 ± 0,74	3,50 ± 1,00	41,93	<0,001

- **H19** – É significativa a diferença entre a qualidade de vida com o sexo, sendo que $\alpha < 0,001$. Na tabela 33 verifica-se que os homens têm mais qualidade de vida que as mulheres.

Tabela 33 - Relação entre a qualidade de vida e o sexo

	Masculino	Feminino	t	Sig
Qualidade de vida	0,90 ± 0,15	0,82 ± 0,22	3,624	<0,001

5 DISCUSSÃO

Com o presente estudo pretende-se avaliar as escolhas de saúde da população residente no concelho da Figueira da Foz. Para tal, e com recurso às metodologias já descritas, foram colocadas 20 hipóteses que se consideraram relevantes, de modo a que fosse possível caracterizar esta população e especificar as suas escolhas.

Sono/descanso

A primeira relação testada, foi entre o número de horas de sono/descanso, com a situação familiar. Neste caso, de forma a melhor tratar os dados, agruparam-se os vários grupos da situação familiar em casados e não casados. A hipótese mostrou ser significativa, mostrando que em média as pessoas casadas dormem menos que as não casadas. Este resultado, não vai de encontro ao estudo realizado por (Rodrigues et al., 2014), onde se observa que existem diferenças significativamente estatísticas entre os que dormem mais e os que dormem menos no que diz respeito às variáveis sexo, idade, escolaridade e situação profissional. No entanto, em relação à variável “estado civil”, após aplicação do teste exato de Fisher, não se verificou existência de diferenças estatisticamente significativas ($\alpha = 0,09$) entre os dois grupos.

Atividade/exercício físico

No que respeita ao tempo que as pessoas andam a pé e ao número de horas de prática de exercício físico, este estudo mostrou não haver significância entre as três regiões do concelho, sendo que uma delas é urbana e as outras duas rurais. Mais uma vez os resultados, não vão de encontro à bibliografia encontrada, pois no estudo realizado por (Nogueira et al., 2006), que estuda a atividade física habitual em idosos portugueses rurais e urbanos, mostra existir uma significância ($\alpha \leq 0,05$) entre ambos os grupos no que respeita a atividade física.

Consumo de alimentos

Em relação ao número de refeições, observámos que a relação entre casados e não casados não é significativa, mas ambas as médias ($\bar{X}=4,11$ e $\bar{X}=4,01$), estão abaixo das 5-6 refeições recomendadas pela Associação Portuguesa de Nutricionistas. (Portal da Associação Portuguesa de Nutricionistas, 2011)

Um estudo realizado pela Federação Portuguesa dos Bancos Alimentares Contra a Fome em conjunto com a Universidade Católica Portuguesa em 2013, mostra que dados entre

setembro de 2012 e janeiro de 2013, houve referência de que 39% dos portugueses tinham passado um dia inteiro sem ingerir quaisquer alimentos por falta de dinheiro, enquanto que em 2010 (ano do primeiro estudo), esta percentagem andava nos 27%. Este estudo concluiu ainda que este fator está relacionado com o valor total auferido por mês, sendo que os desempregados passam mais fome que os empregados. (Portal da Federação Portuguesa dos Bancos Alimentares contra a Fome, 2013). No caso da população da Figueira da Foz, no presente estudo, não existe esta relação, já que não houve significância entre as diferentes situações profissionais.

Ainda em relação à alimentação, podemos observar que os casados consomem mais peixe que os não casados, e os idosos com mais de 75 anos consomem menos fritos que os jovens entre os 15-24 anos. No primeiro caso deve ter-se em conta que o peixe é um alimento que por norma requer uma maior preparação na sua confeção. Desta forma é natural que os indivíduos não casados escolham outras opções mais rápidas em termos de confeção, visto que a refeição não é um momento social para eles. No segundo caso, os jovens têm uma predileção por alimentos mais condimentados, e menos saudáveis, por não sentirem ainda os efeitos de uma má nutrição rica em gorduras e sal. Segundo (Portal da Associação Portuguesa de Nutricionistas, 2011) deve optar-se por consumir mais peixe do que carne, pois é mais rico em ácidos gordos ómega 3, importantes na redução do colesterol sanguíneo tal como na prevenção de doenças neuro-degenerativas. Esta associação refere ainda que os alimentos fritos devem ser evitados, pelos efeitos negativos na nossa saúde.

Consumo de tabaco, substâncias ilícitas e álcool

A (OMS, 2004), através do relatório Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas, concluiu que em média os homens fumam mais que as mulheres em todos os países que entraram no seu estudo. Esta tendência também se verifica no concelho da figueira da foz. No entanto o relatório europeu sobre drogas (observatório europeu da droga e da toxicodependência, 2017) mostra que também as substâncias ilícitas são em média mais consumidas pelos homens do que pelas mulheres, sendo este resultado diferente ao que se verificou na Figueira da Foz, já que não existiu significância entre sexos. Quanto à prevalência de álcool por sexo, o (Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, 2014) através do relatório anual sobre a situação do país em matéria de álcool,

relata que os homens consomem em média mais álcool que as mulheres em semelhança dos resultados obtidos neste estudo.

Apoio Social

Tal como refere (Pocinho, 2017) a solidão não é simplesmente o que se sente quando se está sozinho, mas pode ter lugar, quando a pessoa não encontra a companhia desejada, ou quando, de qualquer forma, se sente isolada, ou sente um fosso entre ela própria e os outros. No entanto ao avaliar a variável sozinho/sem apoio, relacionando-a com a situação familiar, percebeu-se que as pessoas casadas sentem mais apoio e não tão sós, acabando por valorizar o facto de não estar sozinho.

Num estudo realizado por (Paúl et al., 2003) verificou-se que apesar do tamanho da rede social fosse maior nas zonas rurais, a sua constituição envolvia sobretudo vizinhos, pois os idosos rurais vivem longe dos seus filhos, que em grande parte se mudaram para as zonas urbanas. Os dados do concelho da Figueira da Foz, corroboram com a esta afirmação, pois mostram que existe uma significância entre os habitantes da zona rural sul, e urbana.

Estado de saúde

Segundo (Vintém, 2008), a escolaridade, enquanto capital cultural dos indivíduos, possui um importante potencial de explicação para as diferenças na maneira como as pessoas percecionam o seu próprio estado de saúde. Esta tem um papel importante na distinção entre os indivíduos, pois é um recurso que condiciona a saúde: 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. Quanto maior o grau de escolaridade, maior é a sua percepção do estado de saúde. Este artigo comprova os resultados obtidos no município da Figueira da Foz, pois vai havendo uma graduação crescente em relação à percepção do estado de saúde, conforme o aumento de grau académico.

Necessidades de saúde não satisfeitas

De acordo com o comunicado emitido pela ARS do Centro, o crescimento global das consultas realizadas pelas unidades de saúde da região Centro resulta dos aumentos registados a nível das consultas presenciais e não presenciais e dos domicílios médicos, com acréscimos de 1,2%, de 7,3% e de 9,4%, respetivamente. (Portal do serviço nacional de

saúde, 2017). No presente estudo mostra uma significância entre habitantes da zona sul e norte, no que respeita à necessidade de consultas nos cuidados primários, sem conseguir tê-las. Hipoteticamente este fator pode dever-se a várias razões como por exemplo existirem disparidades organizacionais entre a oferta de cuidados primários nas duas zonas, ou possivelmente à falta de recursos humanos na zona sul.

Qualidade de vida

Segundo (Roberts e Chen, 2001 e 2002) encontraram entre jovens com problemas de sono, comparados com seus pares com sono normal, maior incidência de depressão, ansiedade, irritabilidade, medo, raiva, tensão, instabilidade emocional, desatenção, problemas de conduta, uso de álcool e de outras drogas, ideação ou tentativa de suicídio, fadiga, falta de energia, dores de cabeça e de estômago e pior saúde. Se associarmos estes sintomas, principalmente a fadiga e falta de energia às limitações de mobilidade e marcha, então podemos afirmar que os resultados obtidos no município da Figueira da Foz, são semelhantes à bibliografia encontrada, visto que as dificuldades na mobilidade estão relacionadas significativamente com o acordar durante a noite.

A dor é um sintoma penoso e desagradável, que a partir do momento em que surge suscita como primeira reação a sua recusa. É um fenómeno percetivo complexo, subjetivo e multidimensional. Segundo (Pereira L. et al. 2014) num estudo sobre prevalência, intensidade de dor crónica e autoperceção de saúde, demonstraram que a ocorrência de dor crónica estava altamente associada a uma pior autoperceção de saúde, enquanto que menor dor crónica estava relacionada com uma melhor autoperceção da saúde. Estes dados apresentam-se de igual forma, que os resultados do presente estudo, que demonstra existir também uma relação entre dor com perceção de mau estado de saúde.

A organização mundial da saúde (WHOQOL, 1994) define como qualidade de vida, a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (Canavarro et al., 2010) num estudo sobre aplicações do WHOQOL, as mulheres apresentaram pior qualidade de vida em quase todos os domínios, com exceção nos domínios “Nível de Independência” e “Relações Sociais”. Mais uma vez a bibliografia corrobora com os resultados obtidos neste trabalho, que demonstraram uma média superior de qualidade de vida nos homens.

6 CONCLUSÕES

O objetivo principal deste trabalho, foi avaliar e descrever as escolhas e hábitos de saúde da população residente no concelho da Figueira da Foz. De uma forma geral pode afirmar-se que o objetivo foi atingido, sendo que foi possível ter uma amostra, bem representativa por região do município da Figueira da Foz, tendo em conta a distribuição da população pelas freguesias com uma taxa de resposta de 100% a todas as questões.

Podem destacar-se como pertinentes alguns temas que foram avaliados e para os quais se recomenda uma estratégia local com o intuito de melhorar a saúde e qualidade de vida dos habitantes deste concelho.

Concluiu-se que a população da Figueira da Foz, dorme em média menos horas do que é recomendado, sendo que as pessoas casadas foram aquelas que tiveram resultados mais significativos.

Em relação ao número de horas de prática de exercício físico, observaram-se de uma maneira geral valores preocupantes, na medida em que 54,4% da amostra refere não praticar exercício físico. Não foram observadas diferenças significativas entre as 3 regiões, sendo esta uma lacuna em todo o concelho.

Dado a informação recolhida, pode afirmar-se que também no consumo de alimentos existem pontos a melhorar, na medida em que os residentes do município da Figueira da Foz, fazem em média 4 refeições diárias, que está abaixo das 5-6 recomendadas. Tendo em conta a localização geográfica deste concelho, considerou-se pertinente avaliar o consumo de peixe, onde se observa que os solteiros consomem em média menos que os casados. A diminuição de consumo de alimentos fritos também deve ser uma aposta nos mais jovens.

Em relação ao tabaco, observamos que apenas 16,9% da população fuma, maioritariamente do sexo masculino. A preocupação sobre este consumo deve então ser dirigida principalmente para os homens jovens, visto que a idade média para começar a fumar é de 17 anos. Apesar de apenas existir uma percentagem de 3,3% de consumo de substâncias ilícitas, este não deve ser um tema a ignorar, tendo em conta os malefícios das mesmas. O canábis e haxixe, são as substâncias mais consumidas por ambos os sexos, na zona urbana do concelho. O consumo de álcool, apesar de ser mais bem aceite pela sociedade, quando

consumido sem moderação também traz efeitos negativos para a saúde das pessoas. O álcool não se relaciona com a zona de residência, mas é consumido maioritariamente pelos homens.

A satisfação com a vida, é um dos indicadores mais preocupantes, na medida em que mais de metade da população nem concorda nem discorda que a sua vida se aproxima dos seus ideais, e/ou que estão satisfeitos com a sua vida.

Apesar da grande maioria da população nunca se ter sentido sozinha, existe uma relação significativa entre casados e não casados, enquanto que existe também uma significância em relação à facilidade de obter ajuda dos vizinhos, observando-se ser mais fácil na região sul, que na zona norte e urbana.

Outra conclusão tirada deste estudo, foi existir na zona sul, uma maior percentagem de indivíduos com as necessidades de saúde não satisfeitas, na medida em que não conseguiram obter consultas em cuidados primários. Seria relevante perceber a causa desta situação, de forma a que estes indivíduos residentes no sul do concelho tenham equidade no acesso aos cuidados de saúde primária.

Mais de metade da população refere acordar durante a noite. Este fator está relacionado com limitações/dificuldades na mobilidade. A população mais afetada são os indivíduos casados.

A dor/mal-estar, como seria de esperar está relacionada com o estado de saúde, na medida em que quanto maior é a dor, pior é o estado de saúde. Tendo observado que o estado de saúde se relaciona com o grau de escolaridade, recomenda-se também um investimento na promoção da educação.

Por fim, conclui-se que a qualidade de vida relacionada com a saúde é menor nas mulheres que nos homens, reforçando a bibliografia já existente.

No decorrer deste projeto, foram encontradas algumas dificuldades, principalmente no suporte bibliográfico deste tema para a realidade portuguesa. Embora haja uma grande preocupação na sociedade portuguesa em relação à saúde e bem-estar, é ainda necessário investir e atualizar a investigação sobre os estilos de vida adotados pela população portuguesa, relacionando-os com estatísticas de morbilidade e mortalidade e qualidade de vida. Outra dificuldade encontrada foi aquando da aplicação dos inquéritos, devido à recetividade das pessoas. A população não está habituada a partilhar dados sobre os seus estilos de vida, principalmente nas zonas rurais.

A realização deste trabalho teve resultados muito positivos, na medida em que ficamos a conhecer melhor a população residente na Figueira da foz, quais os seus hábitos de saúde, e quais as áreas a melhorar. Desta forma foi criada mais uma ferramenta para definir num futuro próximo, o perfil de saúde deste concelho.

Apesar dos objetivos terem sido atingidos na sua globalidade, existem muitas relações entre variáveis que não foram ainda analisadas. O instrumento de recolha de dados, que foi utilizado, deixa em aberto a possibilidade de realizar no futuro uma análise mais exaustiva sobre os estilos de vida da população da Figueira da Foz, sendo essa a minha recomendação caso se pretenda realizar alguma intervenção mais aprofundada na promoção da saúde e estilos de vida saudáveis.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo J, Ramos E, Lopes C. Lifestyles and self-rated health, in Portuguese elderly from rural and urban areas. *Acta Med Port.* 2011;24 Suppl 2:79-88.
- Björk J., Albin M., Grahn P., Jacobsson H., Ardö J., Wadbro J., et al. Recreational values of the natural environment in relation to neighbourhood satisfaction, physical activity, obesity and wellbeing. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62(4):e2.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007
- Calmeiro, L. & Matos, M.G. (2004). *Psicologia: Exercício e Saúde*. Lisboa, Visão e Contexto.
- Canavarro, C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, III (3), 243-268.
- Carta de Ottawa – Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, novembro 1986, acessado em 09/11/2016 em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Ottawa.pdf>
- Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Association with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30, 51-62.
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde: posição dos movimentos sociais. 2011, acessado em 07/09/2017 em: <http://cebes.org.br/>
- Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. 2008, acessado em 07/09/2017 em: http://www.who.int/social_determinants/resources/ppt_cndss_bz.pdf
- Dahlgren G, Whitehead M. 1991. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-34.
- Ferreira, P. & Santana, P. (2003). Perceção de estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: contributo para a definição de normas portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 21, 2, 15-30.
- Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. [Contribution for the validation of the Portuguese version of EQ-5D]. *Acta Med Port* [Internet]. Jan [cited 2015 Mar 21]; 26(6):664–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24388252>
- Field A. 2009 – Descobrimo a estatística utilizando o SPSS – 2ª edição, Artmed Editora
- George F. 2014 – Sobre determinantes de saúde, acedido no portal da Direção geral da Saúde em 31 de Agosto de 2017 em: www.dgs.pt
- Gonçalves, Aguinaldo. Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida. In: VILARTA, Roberto (org.) *Qualidade de Vida 137 e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física*. Campinas, IPES, 2004, p. 17-26.
- Heckmann W, Silveira CM. Dependência do álcool: aspetos clínicos e diagnósticos. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. Barueri (SP): Minha Editora; 2009. p. 67-87.
- Housman J, Dorman S (2005) The alameda county study: a systematic, chronological review. *American J Health Edu* 36:302–308
- Instituto do desporto de Portugal – Orientações europeias para a atividade física, Estrelas de papel, Lda. 2009; 978-989-8330-01-7
- Loureiro I. et al. 2013 – Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir; *Revista Port Saúde Pública*. 2013;31(1):23–31
- Magarreiro, A. (2008). O bem-estar subjetivo em idosas institucionalizadas: A - influência da autonomia funcional e do meio ecológico. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Minayo, M. Hartz, Z, Buss, P. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000, p. 7-18.
- Pocinho M. et al, 2017 – Interações: Sociedade e as novas modernidades 32. pp. 53-66

- Manual de Prevenção do Uso de Drogas para Mediadores – Associação humanidades, 1ª edição, 2014 (3).
- Marmot M. 2005 – Social determinants of health inequalities. The lancet 365 (9464), 1099-1104
- Matos, M., & Carvalhosa F.S. (1996). Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses. Relatório do estudo de 1996 da rede Europeia HBSC/OMS. Lisboa: HBSC/ OMS.
- Nogueira MA, Silva DJ, Santos JA (2006). Atividade física habitual em idosos portugueses rurais e urbanos. R Bras Ci Mov 14(4): 23-30.
- Observatório europeu da droga e da toxicod dependência – Relatório europeu sobre drogas, 2017 acessado a 01 de setembro de 2017 em: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001PTN.pdf>
- Oliveira, D. G. F. (2009). Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses. Dissertação de Mestrado em Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de intervenção. Análise Psicológica, 2-3(12), 333-339.
- Paiva T. 2008 – Bom sono, boa vida, 1ª edição: setembro, Oficina do livro – Sociedade Editorial, Lda.
- Paúl C. et al. 2003, Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. European journal of Psychology, 8(3) 189-197
- Pereira L. et al. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. Rev. Lat Am Enfermagem 2014; 22(4):662-9
- Portada – Base de Dados Portugal Contemporâneo, acessado desde Janeiro de 2017 até Maio de 2017 em: <http://www.pordata.pt/Municipios/Pesquisa/5/476>
- Portal da Associação Portuguesa de Nutricionistas, acessado a 01 de setembro de 2017, em: <http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/AlimentacaoAdequada.pdf>
- Portal da Câmara Municipal da Figueira da Foz, acessado em: 29 de Outubro de 2016, em: <http://cm-figfoz.pt/index.php/accao-social-e-saude/figueira-cidade-saudavel>

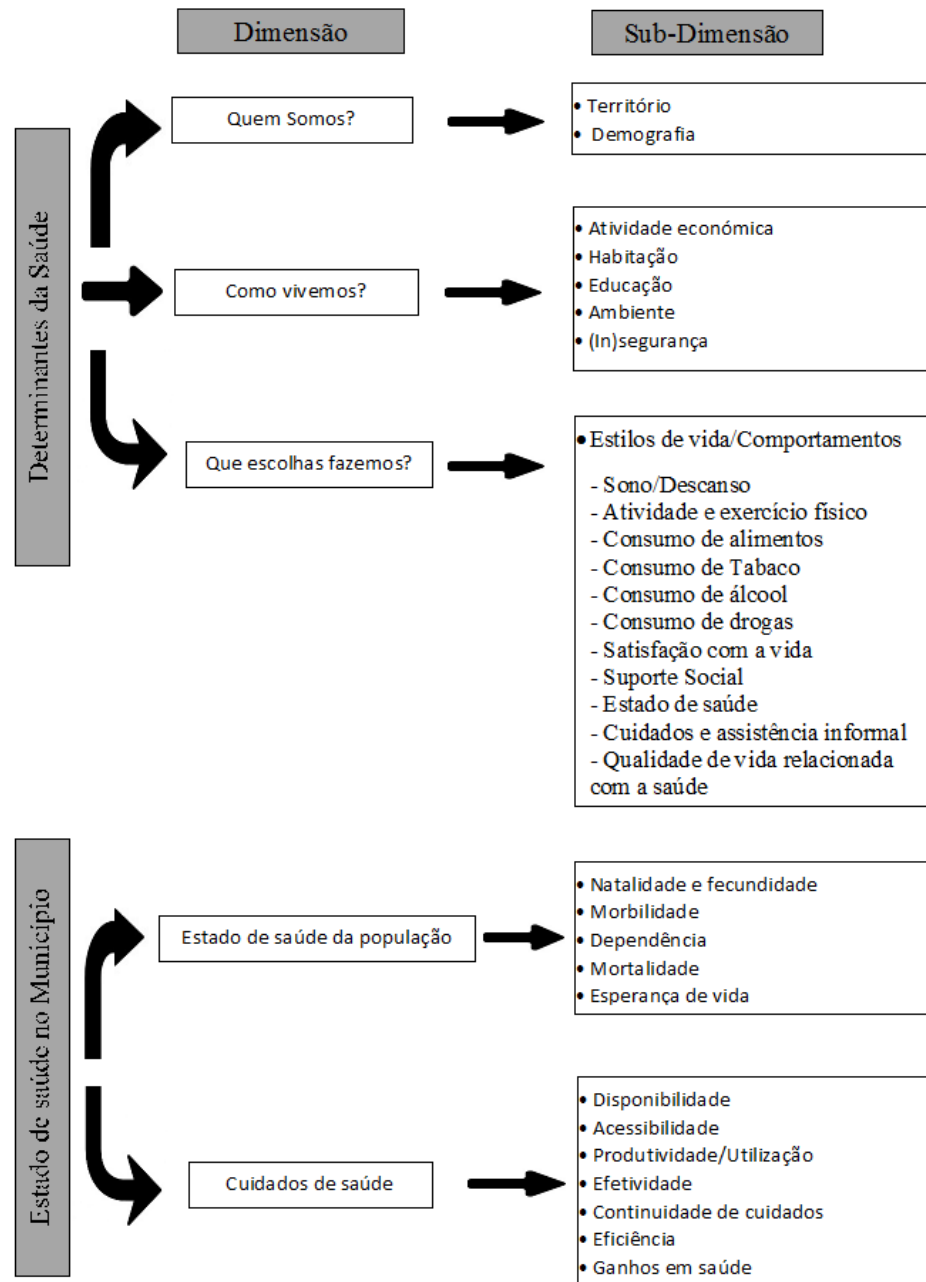
- Portal da Câmara Municipal de Viana do Castelo, acessido em 29 de Outubro de 2016, em: http://cidadesaudevel.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=1&Itemid=60
- Portal da Federação Portuguesa dos Bancos Alimentares Contra a Fome, acessido a 01 setembro de 2017, em: <http://bancoalimentar.pt/news/view/269>
- Portal da fundação portuguesa de cardiologia, acessido em 31 de Agosto de 2017, em: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/tabagismo/>
- Portal do Instituto Nacional de Estatística, acessido desde Janeiro de 2017 até Maio de 2017: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_qualidade&xlang=pt
- Portal do Serviço Nacional de Saúde, acessido a 01 de setembro de 2017, em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/02/24/reforco-nos-cuidados-primarios/>
- Ravasco, P. et al. Alimentação para a saúde, A relevância da intervenção dos médicos. Acta médica portuguesa; 2011 24(S4): 783-790.
- Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS – Fase VI, 2014-2018, acessido em 28/10/2016 em: <https://classmontijo.wordpress.com/2014/07/28/rede-europeia-de-cidades-saudaveis-da-oms-fase-vi-2014-2018/>
- Rede Social – Conselho Social de Ação Social da Figueira da Foz: Diagnóstico Social da Figueira da Foz, 2015
- Ribeiro, J. L.P. (2007). Introdução à Psicologia da Saúde (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Chen, I. G. (2001). Functioning of adolescents with symptoms of disturbed sleep. Journal of Youth and Adolescence, 30 (1), 1-18.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Chen, I. G. (2002). Impact of insomnia on future functioning of adolescents. Journal of Psychosomatic Research, 53 (1), 561-569.
- Rodrigues M, Nina S, Matos L. Como dormimos? – Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. Rev. Port Med Geral Fam 2014; 30:16- 22.
- Serviço de intervenção em comportamentos aditivos e nas dependências. Relatório anual da situação do país em matéria de álcool, 2014, acessido em 01 de setembro de 2017 em:

http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Documents/2016/sinteses/RA14_Alcool_Sum%C3%A1rioExecutivo.pdf

- WHO, The European Health Report 2002, European Series, n. ° 97. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 2002
- World Health Organization. Quality of life assessment: an annotated bibliography p h y. Geneva: World Health Organization; 1994.
- World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2004.
- Vintém, J. M. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. Revista Saúde Pública 6, 2, 5-18.

ANEXO I

Estrutura de Perfil de Saúde do Concelho da Figueira da Foz



ANEXO II

Apresentação de variáveis e itens correspondentes do questionário	
Reg 'Região'	P23 'fuma?'
Freg 'Freguesia'	P24 'fumou'
P1 'sexo'	P25_1 'fuma - frequência'
P2 'idade'	P25_2 'fumava - frequência'
Classe etária 'classe etária'	P26 'fuma cigarros por dia'
P3 'Situação familiar'	P27 'idade deixou de fumar'
Casado 'casado'	P28 'ajuda para deixar de fumar'
P4 'Situação profissional'	P29 'idade começou a fumar'
P5 'Inscrito em CS'	P30 'substâncias ilícitas'
P6 'Grau de ensino'	P31_01 'Canábis'
P7 'peso'	P31_02 'Haxixe'
P8 'altura'	P31_03 'Heroína'
P10 'média diária de horas de sono'	P31_04 'Cocaína, crack'
P11 'Acordar durante sono'	P31_05 'Pastilhas'
P12 'Acordar cansado'	P31_06 'Anfetaminas'
P13 'Desempenho atividades'	P31_07 'Metanfetaminas'
P14 'Dias anda a pé >10min /semana'	P31_08 'Barbitúricos - calmantes'
P15 'Tempo anda a pé'	P31_09 'GBH'
P16 'Dias anda bicicleta >10min /semana'	P31_10 'Ketamina'
P17 'Dias exercício físico >10min /semana'	P31_11 'outras'
P18_1 'exercício físico - marcha lenta'	P32 'Subst. ilícitas - frequência'
P18_2 'exercício físico - marcha rápida'	P33 'Subst. ilícitas com álcool'
P18_3 'exercício físico - jogging/corrída'	P34 'Consumiu subst. ilícitas'
P18_4 'exercício físico - hidroginástica'	P35 'Álcool'
P18_5 'exercício físico - natação'	P36 'Álcool entre 2ª a 5ª'
P18_6 'exercício físico - golfe'	P37 'Álcool entre 6ª a domingo'
P18_7 'exercício físico - ginásio'	P38 'Vida - aprox. dos ideais'
P18_8 'exercício físico fut./ basket/voleibol'	P39 'Satisfação com a vida'
P18_9 'exercício físico - outro'	P40 'Sozinho e sem apoio'
P18_10 'exercício físico - nenhum'	P41 'Ajuda pessoas - problema grave'
P18_98 'exercício físico - NR'	P42 'Nível preocupação'

P19 'Tempo pratica exercício físico'	P43 'Ajuda vizinhos'
P20 'Refeições por dia'	P44 'Estado saúde'
P21 'Fome - sem comida em casa'	P45 'Doença diagnosticada médico'
P22_01 'Frequência - fruta fresca'	P46 'Saúde - interferência nos relacionamentos'
P22_02 'Frequência - sopa legumes'	P47 'Saúde - interferência nas atividades'
P22_03 'Frequência - hortícolas'	SF9b 'Nervoso'
P22_04 'Frequência - carne'	SF9c 'Nada animava'
P22_05 'Frequência - peixe'	SF9d 'Calmo e tranquilo'
P22_06 'Frequência - leguminosas'	SF9f 'Deprimido'
P22_07 'Frequência - aperitivos salgados'	SF9h 'Feliz'
P22_08 'Freq. - piza/hamburg/salsichas'	P49 'Consulta hospitalar'
P22_09 'Frequência - fritos feitos casa'	P50 'Consulta cuidados primários'
P22_10 'Frequência - bolos e pastéis'	MO 'Mobilidade'
P22_11 'Frequência - chocolate'	SC 'Cuidados pessoais'
P22_12 'Frequência - rebuçados, gomas, pastilhas'	UA 'Atividades habituais'
P22_13 'Frequência - sumo fruta natural'	PD 'Dor/mal-estar'
P22_14 'Frequência - sumo tipo néctar'	AD 'Ansiedade/depressão'
P22_15 'Frequência - refrigerantes'	VAS 'Perceção saúde hoje'.
P22_16 'Frequência - açúcar adição'	cTTO index 'Qualidade de vida'

ANEXO III



QUESTIONÁRIO DE ESTILOS DE VIDA E DE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DA FIGUEIRA DA FOZ

Este questionário está inserido no projeto de criação de um perfil de saúde para a população da Figueira da Foz, e tem como objetivo avaliar quais os estilos de vida adotados pela população residente neste concelho.

O seu preenchimento tem uma duração média de 10 minutos e é constituído por perguntas de resposta rápida. As suas respostas serão totalmente confidenciais e serão tratadas de forma agregada, não permitindo em caso algum a identificação do respondente.

Por favor responda às questões de forma séria e sincera.

Muito obrigado pela sua colaboração.

ALGUNS DADOS A SEU RESPEITO

1. Qual é o seu sexo?

- ₁ Masculino
- ₂ Feminino

2. Qual é a sua idade? _____ anos

3. Qual é a sua situação familiar?

- ₁ Solteiro/a
- ₂ Casado/a ou em união de facto
- ₃ Viúvo/a
- ₄ Separado/a ou divorciado/a
- ₈ Prefere não responder

4. Qual a sua situação profissional

Se estiver em mais do que uma situação, escolha a situação que considere ser a principal.

- ₁ Tem um emprego ou trabalho
- ₂ Está desempregado
- ₃ É estudante ou está em estágio/aprendizagem não remunerado
- ₄ Está reformado do trabalho ou com reforma antecipada
- ₅ É incapacitado permanente (impossibilidade permanente para o trabalho)
- ₆ Ocupa-se de tarefas domésticas
- ₇ Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório)
- ₈ Tem outra situação de inatividade
- ₉₈ Prefere não responder

5. Está inscrito/a em algum centro de saúde?

- ₁ Sim
- ₂ Não

6. Que grau de ensino é que completou?

Caso não consiga identificar o seu nível de escolaridade, escolha a opção "Sem correspondência (anos/níveis antigos)" para aceder a uma lista de níveis antigos.

Se o nível de escolaridade mais elevado que completou foi obtido no estrangeiro, assinale o nível correspondente no sistema de ensino português.

- ₁ Nenhum
- ₂ 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- ₃ 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- ₄ 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- ₅ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- ₆ Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

7. Quanto é que pesa? _____ Kg

- ₉₉₈ Prefere não responder
- ₉₉₉ Não sabe

8. Qual é a sua altura? _____ cm

- ₉₉₈ Prefere não responder
- ₉₉₉ Não sabe

9. Em que freguesia reside? _____

ASPETOS DE COISAS QUE FAZ DIARIAMENTE

SONO/DESCANSO

10. Quantas horas dorme em média por dia? _____ Horas

11. Costuma acordar durante o sono?

- ₁ Sim
- ₂ Não

12. Quando acorda sente-se cansado?

- ₁ Sim
- ₂ Não

ATIVIDADE/EXERCÍCIO FÍSICO

13. Pense no tempo que dedica a atividades como trabalhar, cuidar da casa, tomar conta de familiares, estudar, fazer voluntariado, etc. Não considere atividades de lazer nem desportivas.

Das seguintes opções selecione a que melhor descreve a forma principal como desempenha as atividades acima referidas.

- ₁ Sentada em atividades que envolvem um esforço físico ligeiro. (*trabalhar com computador*)
- ₂ Em pé em atividades que envolvem um esforço físico ligeiro. (*cozinhar, fazer cama, lavar a loiça, andar devagar*)
- ₃ Em movimento ou em tarefas que exigem esforço físico moderado. (*aspirar, subir escadas, andar depressa*)
- ₄ Em trabalhos pesados ou fisicamente exigentes. (*carregar pesos, correr*)
- ₅ Não executa nenhuma das atividades indicadas.
- ₈ Prefere não responder

14. Numa semana normal, nas suas deslocações, quantos dias anda a pé pelo menos 10 minutos seguidos?

Considere também o fim de semana. _____ dias

- ₈ Prefere não responder

15. E num dia normal, nas suas deslocações, quanto tempo anda a pé.

Se o seu tempo de deslocação variar muito ao longo da semana, indique o tempo médio por dia.

- ₁ 10 a 29 minutos
- ₂ 30 a 59 minutos
- ₃ De 1 hora a menos de 2 horas
- ₄ Mais de 2 horas
- ₈ Prefere não responder

16. Numa semana normal, nas suas deslocações, quantos dias anda de bicicleta pelo menos 10 minutos seguidos? Considere também o fim de semana. Não considere andar de bicicleta como desporto ou passeio. _____ dias

Se habitualmente não se desloca de bicicleta ou desloca-se menos de 10 minutos seguidos, registre 0.

- ₈ Prefere não responder

17. Agora pense em atividades desportivas ou de lazer. Numa semana normal, quantos dias pratica exercício físico pelo menos 10 minutos seguidos? Considere o fim de semana. _____ dias

Se habitualmente não pratica exercício físico ou pratica menos de 10 minutos seguidos, registre 0. Exemplo: fazer uma caminhada, jogar à bola, correr, andar de bicicleta ou nadar.

- ₈ Prefere não responder

18. Que exercício físico pratica?

- ₁ Marcha lenta (< 4km/h)
- ₂ Marcha rápida (> 4km/h)
- ₃ Jogging/corrida
- ₄ Hidroginástica
- ₅ Natação
- ₆ Golfe
- ₇ Ginásio/aulas de ginásio
- ₈ Futebol/Rugby/Basquetebol/Voleibol
- ₉ Não executa nenhuma das atividades indicadas

19. E num dia normal, durante quanto tempo pratica exercício físico? _____ horas _____ minutos

- ₈ Prefere não responder
- ₉ Não sabe

CONSUMO DE ALIMENTOS

20. Quantas refeições é que toma habitualmente por dia? _____ refeições

Considere como refeições o pequeno almoço, meio da manhã, o almoço, o lanche e o jantar?

- ₈ Prefere não responder

21. Na última semana, quantos dias sentiu fome por não ter comida suficiente em casa? _____ dias

- ₈ Prefere não responder

22. Numa semana normal, com que frequência come/bebe os seguintes alimentos/bebidas? Assinale uma caixa em cada linha.

	Uma vez ou mais por dia	4 a 6 vezes por semana	1 a 3 vezes por semana	Menos de uma vez por semana	Nunca	Não sabe
Fruta fresca	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Sopa de Legumes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Hortícolas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Car	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Peixe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Leguminosas (feijão, grão...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Aperitivos salgados	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Piza, hambúguer, salsichas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Alimentos fritos (feitos em casa)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Bolos/Pastéis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Chocolate	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Rebuçados/Gomas/Pastilhas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Sumo fruta natural	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Sumo tipo néctar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Refrigerantes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Açúcar de adição	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

CONSUMO DE TABACO

23. Fuma?

Considere qualquer tipo de tabaco, com exceção do cigarro eletrónico.

Responda independentemente da regularidade do consumo.

- ₁ Sim → 25-1
₂ Não
₈ Prefere não responder → 30

24. Alguma vez fumou?

Considere qualquer tipo de tabaco, com exceção do cigarro eletrónico.

Responda independentemente da regularidade do consumo.

- ₁ Sim → 25-2
₂ Não → 30
₈ Prefere não responder → 30

25-1. Fuma:

- ₁ Diariamente → 26
₂ Ocasionalmente → 26
₈ Prefere não responder → 30

25-2. Fumava:

- ₁ Diariamente → 27
₂ Ocasionalmente → 27
₈ Prefere não responder → 30

26. Em média, quantos cigarros fuma por dia? _____ cigarros

- ₉₉₈ Prefere não responder
₉₉₉ Não sabe

27. Com que idade deixou de fumar? _____ anos

Se deixou de fumar mais do que uma vez, indique a idade em que deixou de fumar pela última vez.

- ₉₉₈ Prefere não responder
₉₉₉ Não sabe

28. Que tipo de ajuda usou para deixar de fumar? Se deixou de fumar mais do que uma vez, considere a última vez.?

Considere o principal tipo de ajuda ou conjunto de ajudas que utilizou e assinale apenas uma resposta.

- ₁ Apoio médico
- ₂ Apoio psicológico
- ₃ Apoio medico e psicológico
- ₄ Apoio medico e/ou psicológico e medicamentos
- ₅ Medicamentos
- ₆ Pastilhas de nicotina
- ₇ Adesivos ou pensos de nicotina
- ₈ Nenhum apoio
- ₉ Outro apoio
- ₉₈ Prefere não responder
- ₉₉ Não sabe

29. Com que idade começou a fumar diariamente? _____ Anos

- ₉₉₈ Prefere não responder
- ₉₉₉ Não sabe

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS

30. Consome substâncias ilícitas (canábис, haxixe, heroína, cocaína, etc.)?

- ₁ Sim → 31
- ₂ Não → 34
- ₈ Prefere não responder → 35

31. O que consome? (assinale todas as que se aplicarem a si)

- ₁ Canábис
- ₂ Haxixe
- ₃ Heroína
- ₄ Cocaína, crack
- ₅ Pastilhas (por exemplo, Ecstasy)
- ₆ Anfetaminas
- ₇ Metanfetaminas
- ₈ Barbitúricos (calmantes)
- ₉ GBH
- ₁₀ Ketamina
- ₁₁ Outras. Quais? _____

32. Como consome?

- ₁ Diariamente
- ₂ Ocasionalmente
- ₃ Habitualmente durante a semana, entre segunda e quinta-feira
- ₄ Habitualmente ao fim de semana, entre sexta-feira e domingo

33. Consome estas substancias em combinação com álcool?

- ₁ Sim
- ₂ Não
- ₈ Prefere não responder

34. Alguma vez consumiu?

- ₀ Não
- ₁ Diariamente
- ₂ Ocasionalmente
- ₃ Uma só vez

CONSUMO DE ÁLCOOL

35. É consumidor de álcool?

Considere qualquer bebida alcoólica de qualquer espécie

(cerveja, vinho, aguardentes, cocktails, licores, misturas de bebidas alcoólicas, entre outros).

- ₁ Sim
- ₂ Não → 38
- ₈ Prefere não responder → 38

36. Habitualmente, entre segunda e quinta-feira, quantos dias consome bebidas alcoólicas? _____ dias

- ₈ Prefere não responder

37. Habitualmente, entre sexta-feira e domingo, quantos dias consome bebidas alcoólicas? _____ dias

- ₈ Prefere não responder

ASPETOS GERAIS RELACIONADOS COM A SUA VIDA

SATISFAÇÃO COM A VIDA

38. “Em muitos aspetos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais”.

Em relação a esta afirmação está?

- ₁ Totalmente em desacordo
- ₂ Em desacordo
- ₃ Mais ou menos em desacordo
- ₄ Nem de acordo nem de desacordo
- ₅ Mais ou menos em acordo
- ₆ De acordo
- ₇ Totalmente de acordo
- ₈ Prefere não responder
- ₉ Não sabe

39. “Estou satisfeito/a com a minha vida”. Em relação a esta afirmação está?

Considere também os sumos feitos a partir de legumes frescos, legumes enlatados, leguminosas (feijões, lentilhas), sopas (quentes ou frias) e pratos vegetarianos.

- ₁ Totalmente em desacordo
- ₂ Em desacordo
- ₃ Mais ou menos em desacordo
- ₄ Nem de acordo nem de desacordo
- ₅ Mais ou menos em acordo
- ₆ De acordo
- ₇ Totalmente de acordo
- ₈ Prefere não responder
- ₉ Não sabe

40. Nos últimos 12 meses, alguma vez se sentiu sozinho e sem apoio de alguém?

- ₁ Nunca
- ₂ Quase nunca
- ₃ Por vezes
- ₄ Quase sempre
- ₅ Sempre
- ₈ Prefere não responder
- ₉ Não sabe

41. Das pessoas que lhe são mais próximas, a quantas poderia recorrer se tivesse um problema pessoal grave?

- ₁ Nenhuma
- ₂ 1 ou 2 pessoas
- ₃ 3 a 5 pessoas
- ₄ 6 ou mais pessoas
- ₈ Prefere não responder
- ₉ Não sabe

42. Qual o nível de preocupação ou interesse que as pessoas com quem se relaciona têm em relação a si?

- ₁ Muita preocupação e interesse
- ₂ Alguma preocupação e interesse
- ₃ Não consegue avaliar
- ₄ Pouca preocupação e interesse
- ₅ Nenhuma preocupação e interesse
- ₈ Prefere não responder

43. Como avalia a facilidade de obter ajuda dos seus vizinhos? Acha que seria:

- ₁ Muito fácil
- ₂ Fácil
- ₃ Possível
- ₄ Difícil
- ₅ Muito difícil
- ₈ Prefere não responder
- ₉ Não sabe

ESTADO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA
--

PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

44. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?

- ₁ Muito bom
- ₂ Bom
- ₃ Razoável
- ₄ Mau
- ₅ Muito mau
- ₈ Prefere não responder

45. Tem alguma doença/s que lhe tenha sido comunicada por um médico ou outro profissional de saúde?

Responda "Sim" se o problema de saúde dura ou possa vir a durar mais de 6 meses.

- ₁ Sim
₂ Não
₈ Prefere não responder
Se Sim. Qual? _____

46. Nas últimas quatro semanas, em que medida a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- ₁ Nunca
₂ Quase nunca
₃ Por vezes
₄ Quase sempre
₅ Sempre
₈ Prefere não responder

47. Nas últimas quatro semanas, em que medida a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades domésticas, de lazer e no seu trabalho?

- ₁ Nunca
₂ Quase nunca
₃ Por vezes
₄ Quase sempre
₅ Sempre
₈ Prefere não responder

48. Nas últimas quatro semanas, quantas vezes é que ...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Se sentiu muito nervoso/a	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Se sentiu tão em baixo que nada o/a animava	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Se sentiu deprimido/a	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Se sentiu feliz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

NECESSIDADES DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS

49. Nos últimos 12 meses, houve casos em que necessitou de uma consulta hospitalar (excluir a ida às urgências) e a não conseguiu?

- ₁ Nunca necessitei
₂ Sim, houve pelo menos um caso
₃ Não, não houve qualquer caso
₈ Prefere não responder
₉ Não sabe

50. Nos últimos 12 meses, houve casos em que necessitou de uma consulta nos cuidados primários (centro de saúde) e a não conseguiu?

- ₁ Nunca necessitei
₂ Sim, houve pelo menos um caso
₃ Não, não houve qualquer caso
₈ Prefere não responder
₉ Não sabe

QUALIDADE DE VIDA

51. Por baixo de cada título, assinale o quadrado que descreve melhor como a sua saúde está HOJE?

A – MOBILIDADE

- ₁ Não tenho problemas em andar
₂ Tenho problemas ligeiros em andar
₃ Tenho problemas moderados em andar

- ₄ Tenho problemas graves em andar
- ₅ Sou incapaz de andar

B – CUIDADOS PESSOAIS

- ₁ Não tenho problemas em me lavar ou vestir
- ₂ Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir
- ₃ Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir
- ₄ Tenho problemas graves em me lavar ou vestir
- ₅ Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

C – ATIVIDADES HABITUAIS (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- ₁ Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- ₂ Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas atividades habituais
- ₃ Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas atividades habituais
- ₄ Tenho problemas graves em desempenhar as minhas atividades habituais
- ₅ Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

D – DOR/MAL-ESTAR

- ₁ Não tenho dores ou mal-estar
- ₂ Tenho dores ou mal-estar ligeiros
- ₃ Tenho dores ou mal-estar moderados
- ₄ Tenho dores ou mal-estar graves
- ₅ Tenho dores ou mal-estar extremos

E – ANSIEDADE/DEPRESSÃO

- ₁ Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- ₂ Estou ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a
- ₃ Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- ₄ Estou gravemente ansioso/a ou deprimido/a
- ₅ Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

52. Gostaríamos agora, para finalizar, de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE

A escala está numerada de 0 a 100.

100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
0 significa a pior saúde que possa imaginar.

Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.

Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

