



# **“PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO ALTO MINHO: UM CONTRIBUTO PARA O PLANEAMENTO EM SAÚDE “**

**FÁBIA DE JESUS FELGUEIRAS FERNANDES**

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde.*

**ORIENTAÇÃO: PROFESSOR DOUTOR JOSÉ PEDRO ARIEIRO GONÇALVES BEZERRA**

**COORIENTAÇÃO: PROFESSORA DOUTORA MARIA CARMINDA SOARES MORAIS**

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri

VIANA DO CASTELO, DEZEMBRO, 2014





# **“PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO ALTO MINHO: UM CONTRIBUTO PARA O PLANEAMENTO EM SAÚDE “**

**FÁBIA DE JESUS FELGUEIRAS FERNANDES**

**ORIENTAÇÃO: PROFESSOR DOUTOR JOSÉ PEDRO ARIEIRO GONÇALVES BEZERRA**

**COORIENTAÇÃO: PROFESSORA DOUTORA MARIA CARMINDA SOARES MORAIS**

VIANA DO CASTELO, DEZEMBRO, 2014

Este trabalho utilizou dados de um projeto financiado por Fundos FEDER através do Programa Operacional Fatores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projeto « PTDC/DTP-DES/0209/2012 »

## Lista de Publicações Relacionadas com a Tese

**Fernandes, F.**, Rodrigues, L. P., Silva, B., Rodrigues, T.M., Costa, N.M.C., Leitão, R., Bezerra, P. (2014). *Does Physical Activity and Central Obesity Influence Health-related Quality of Life in Aged Population?*. Book of Abstracts: 19<sup>th</sup> Annual Congress of the European College of Sport Science (pág. 19). Amsterdam: Netherlands, 2-5 July 2014.

Rodrigues, T.M., Rodrigues, L. P., Costa, N.M.C., Silva, B., **Fernandes, F.**, Leitão, R., Bezerra, P. (2014). *Gender and Physical Activity as Determinants of Perceived Health Status in the Septuagenarians to Nonagenarians*. Book of Abstracts: 19<sup>th</sup> Annual Congress of the European College of Sport Science (pág. 458). Amsterdam: Netherlands, 2-5 July 2014.

Morais, C., **Fernandes, F.**, Bezerra, P. (2014). *Distance-related influence of health facilities on self-perception in elderly*. Parallel Session: Oral Communications in 2nd World Congress of health research. Aten Primaria. 2014;46(Espec Cong 1): 25-63. Viseu:Portugal, 7-8 October 2014.

**Fernandes, F.**, Camões, M., Silva, B., Rodrigues, T.M., Costa, N.M.C., Simões, M., Bezerra, P. (2014). *Exercise and Perceived Health Status in the Elderly: Different Social and Behavioral contexts*. Book of Abstracts: CIDESD 2014 International Congress of Exercise and Sports Performance (pág. 60). Guarda: Portugal, 14-15 November 2014.

## RESUMO

### PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO ALTO MINHO: UM CONTRIBUTO PARA O PLANEAMENTO EM SAÚDE

Este estudo teve como objetivo avaliar o estado de saúde da população idosa do Alto Minho de forma a contribuir para o planeamento em saúde e emerge do projeto “Estado de Saúde e Atividade Física da População Idosa do Alto Minho”, financiado por Fundos FEDER através do Programa Operacional Fatores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projeto «PTDC/DTP-DES/0209/2012».

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo. A amostra foi constituída por 1341 idosos (68.9% mulheres e 31,1% homens), com média de idades de  $78.90 \pm 6.17$  anos e representativos dos 10 concelhos do distrito. Foram identificados com auxílio das redes sociais e parceiros locais de cada concelho. O instrumento de recolha de informação para obtenção da perceção do estado de saúde foi a versão portuguesa do Questionário de Estado de Saúde (SF36<sub>v2</sub>), tendo-se complementado com um questionário sociodemográfico e informação através de um sistema de informação geográfica. Resultados: existem diferenças na perceção do estado de saúde entre os concelhos, com destaque para Paredes de Coura e Viana do Castelo que apresentam os melhores resultados, e Ponte de Lima e Ponte da Barca os resultados mais baixos. O sexo masculino apresenta uma perceção de saúde superior ao sexo feminino, para todos os domínios da perceção de saúde. Os idosos casados expuseram melhor estado de saúde com exceção do desempenho físico. Os idosos na faixa etária dos 80-89 apresentaram uma perceção de saúde inferior aos dos seus colegas 70-79 e mais de 90. A atividade física influencia positivamente a perceção do estado de saúde desta população. As pessoas que habitam em locais predominantemente urbanos apresentam melhor perceção de saúde, melhor desempenho físico e emocional, a dor tem menos preponderância na sua vida e apresentam melhor bem-estar psicológico. Os idosos que habitam em locais predominantemente rurais apresentam melhor função física, função social e bem-estar (vitalidade, energia). Os idosos que se encontram localizados no Litoral e Vale do Minho parecem referir melhor perceção do estado de saúde que os do interior do distrito e do Vale do Lima. Relativamente à distância da própria residência à Unidade de Saúde e Hospital de referência, salienta-se que quanto maior esta for, pior desempenho emocional e maior interferência da dor na vida dos idosos. Conclusões: a perceção do estado de saúde apresentou globalmente valores positivos. Salienta-se o excesso de peso da população idosa que conduz a limitações físicas, degradação do bem-estar físico e psicológico. A atividade física parece contribuir para uma melhor perceção do estado de saúde (físico, social e emocional). A distância à Unidade de Saúde e Hospital de referência afetam o desempenho emocional e dor nos idosos. Nesta realidade para a população idosa do Alto Minho, devem ser criadas políticas de saúde que promovam ações de melhoria da perceção do estado de saúde.

**Palavras-chave:** Idosos, Estado de Saúde, SF36<sub>v2</sub> Versão portuguesa, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

## RESUMEN

### PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL MAYOR EN ALTO MIÑO: UN APORTE A LA PLANIFICACION DE LA SALUD

El objetivo de este estudio es evaluar la salud de la población de edad avanzada de Alto Minho, a fin de contribuir a la planificación de la salud. EmERGE del proyecto "La salud relacionada con la edad y el físico de estado de actividad en Ancianos", financiado por los fondos FEDER a través de los factores de competitividad Programa Operativo - COMPETIR y Fondos Nacionales a través de la FCT - Fundación para la Ciencia y Tecnología en el marco del proyecto "PTDC / DTP DES / 0209/2012 '.

Se trata de un estudio transversal, cuantitativo y descriptivo. La muestra es de 1.341 ancianos (68,9% mujeres y 31,1% hombres) con una edad media de  $78,90 \pm 6,17$  años y representante de los 10 municipios de la comarca. Fueron identificados con la ayuda de las redes sociales y los socios locales en cada condado. El instrumento de recolección de datos para obtener la percepción del estado de salud fue la versión en portugués del Cuestionario de Estado de Salud (SF36v2) y se complementa con un cuestionario sociodemográfico y la información a través de un sistema de información geográfica. Resultados: existen diferencias en la percepción del estado de salud entre las municipalidades, especialmente Paredes de Coura y Viana do Castelo presenta los mejores resultados y reducir los resultados de Ponte de Lima y Ponte da Barca. El hombre tiene una percepción de salud mayor que la mujer, para todas las áreas de la percepción de la salud. Casado mostraron una mejor salud a excepción de rendimiento físico. Las personas mayores de edades comprendidas entre 80-89 tenían una percepción de salud más bajos que los sí mismos colegas 70-79 y más de 90. La actividad física influye positivamente en la percepción del estado de salud de esta población. Las personas que viven en lugares predominantemente urbanas tienen mejor percepción de la salud, un mejor rendimiento físico y emocional, el dolor tiene menos influencia en su vida y tener un mejor bienestar psicológico. Las personas mayores que viven en localidades predominantemente rurales tienen una mejor función física, función social y el bienestar (vitalidad, energía). Las personas mayores que se encuentran en la costa y Minho Valle muestran mejor percepción del estado de salud que los del distrito hacia el interior y el valle de Lima. Por la distancia de separación de la propia residencia de la Unidad de Salud y el Hospital de referencia, se observa que cuanto mayor es el, peor rendimiento emocional y una mayor interferencia del dolor en ancianos. Conclusiones: la percepción del estado de salud en general muestra valores positivos. Destacamos la población de edad avanzada en sobrepeso que conduce a limitaciones físicas y degradación de la integridad física y psicológica. La actividad física parece contribuir a una mejor percepción de la salud (física, social y emocional). La distancia a la Unidad y Referencia Hospital de Salud afecta al rendimiento y el dolor emocional en las personas mayores. En esta realidad, para la población anciana del Alto Minho, la política de salud debe ser creada para promover la mejora de la percepción de las acciones del estado de salud.

**Palabras clave:** Ancianos, estado de salud, SF36v2 versión en portugués, Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

## **ABSTRACT**

### **PERCEPTION OF ELDERLY HEALTH STATUS IN ALTO MINHO: A CONTRIBUTION TO THE HEALTH PLANNING**

The aim of this study is to evaluate the health of the elderly population of Alto Minho in order to contribute to the health planning. It emerges from the project "The age-related health and physical activity Status in Elderly", financed by ERDF funds through Operational Programme Competitiveness Factors - COMPETE and National Funds through the FCT - Foundation for Science and Technology under the project "PTDC / DTP-DES / 0209/2012 '.

This is a cross-sectional, quantitative and descriptive study. The sample consisted of 1341 elderly (68.9% women and 31.1% men) with a mean age of  $78.90 \pm 6.17$  years and representative of the 10 municipalities of the district. They were identified with the help of social networks and local partners. Data was collected using the Questionnaire of State for Health (SF36v2) – Portuguese version, and complemented by a socio-demographic questionnaire and information through a geographic information system. Results: there are differences in perception of health status among municipalities, especially Paredes de Coura and Viana do Castelo presenting the best results, and Ponte de Lima and Ponte da Barca lower results. Male has a health perception higher than female, for all areas of health perception. Married elderly exhibited better health with the exception of physical performance. Older people aged between 80-89 had a health perception lower than the selves colleagues 70-79 and over 90. Physical activity positively influences the perception of the health status of this population. People who live in predominantly urban locations have better health perception, better physical and emotional performance. The pain has less influence in your life and have better psychological well-being. Elderly who live in predominantly rural locations have better physical function, social function and well-being (vitality, energy). Elderly people who are located in the Coast and Minho Valley seem to refer better perception of health status than those inland district and the Lima Valley. Separation distance of own residence to Health Unit and Reference Hospital, it is noted that the higher this is, the worse emotional performance and greater interference of pain in elderly. Conclusions: the perception of health status globally showed positive values. We highlight the overweight elderly population leading to physical limitations, degradation of the physical and psychological well-being. Physical activity appears to contribute to a better perception of health (physical, social and emotional). The distance to the Health Unit and Referral Hospital affect the performance and emotional pain in the elderly. In this reality for the elderly population of the Alto Minho, health policy must be created to promote improved perception of actions of health status.

**Keywords:** Elderly, Health Status, SF36v2 portuguese version, Health-Related Quality of Life.

## AGRADECIMENTOS

*“Aqueles que passam por nós não vão sós.  
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”  
Antoine de Saint-Exupéry*

Este trabalho é fruto de um contributo não só das pessoas que estiveram diretamente em todo o processo, mas também de todas as que, indiretamente, me apoiaram para que ele fosse possível.

Gostaria de agradecer aos orientadores cujas colaborações foram importantes para levar a cabo este trabalho. Aos Exmos. Profs. Doutores Pedro Bezerra e Carminda Morais pela oportunidade de alargar o conhecimento, pela paciência, confiança e disponibilidade para acompanhar o estudo.

Aos meus colegas de trabalho por toda a ajuda, companheirismo e dedicação ao longo do processo.

A todos os participantes que dispuseram do seu tempo para esta investigação e sem os quais não era possível a realização deste trabalho.

Um agradecimento especial aos meus pais e irmã pela compreensão e apoio sem os quais não seria possível chegar até aqui.

A quem sempre acreditou em mim e me mostrou que não estou sozinha, e que para ser verdadeira e genuína teria de fazer aquilo que queria e lutar pelos meus sonhos...mesmo quando as certezas não eram muitas, porque *“A principal necessidade de nossas vidas é alguém que nos obrigue a fazer o que podemos fazer. Eis a tarefa do amigo”* (Ralph Emerson)

A todos um muito obrigada!

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM	<i>American College of Sports Medicine</i>
AF	Atividade Física
AHA	<i>American Heart Association</i>
ARS	Administração Regional de Saúde
COMPETE	Programa Operacional Fatores de Competitividade
DC	Dor Corporal
DE	Desempenho Emocional
DF	Desempenho Físico
DP	Desvio Padrão
ESDL	Escola Superior de Desporto e Lazer
F	Feminino
FCT	Fundação para a Ciência e Tecnologia
FEDER	Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional
FF	Função Física
FS	Função Social
GAC	Gabinete de Ação Costeira
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
IPVC	Instituto Politécnico de Viana do Castelo
IQOLA	<i>International Quality of Life Assessment</i>
Km	Quilómetros
M	Masculino
Min.	Minutos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
QdV	Qualidade de Vida
QdVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
SF36	<i>36 item Short Form Healthy survey</i>
SG	Saúde Geral
SM	Saúde Mental
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUB	Serviço de Urgência básica
TIPAU	Tipologia de Áreas Urbanas
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto-Minho
US	Unidade de Saúde
VT	Vitalidade

## ÍNDICE GERAL

<b>LISTA DE PUBLICAÇÕES RELACIONADAS COM A TESE .....</b>	<b>II</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>III</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>V</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>VI</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS.....</b>	<b>X</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURA.....</b>	<b>XII</b>
<b>ÍNDICE DE ANEXOS.....</b>	<b>XII</b>
<b>ÍNDICE DE APÊNDICES.....</b>	<b>XII</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>I.ENQUADRAMENTO .....</b>	<b>3</b>
<b>1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>4</b>
1.1.Envelhecimento.....	4
1.1.1.Demografia.....	6
1.1.2.Envelhecimento Ativo.....	7
1.1.3.Envelhecimento e Atividade Física .....	10
1.2.Qualidade de Vida.....	15
1.2.1.Qualidade de Vida e Saúde .....	17
1.2.2.Instrumentos de avaliação da qualidade de vida/percepção do estado de saúde .....	20
1.3.Da promoção de saúde ao planeamento em saúde participado .....	25
<b>II. METODOLOGIA.....</b>	<b>33</b>
<b>1.METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
1.1.Finalidade e Objetivos.....	34
1.2.Tipo de estudo.....	34
1.3.Universo do Estudo .....	35
1.3.1.Contextualização do Estudo.....	36
1.4.Variáveis.....	38
1.5.Hipóteses.....	40
1.6.Instrumentos de Recolha de Informação .....	40
1.6.1.Questionário de Avaliação do Estado de Saúde .....	40
1.6.2.Questionário Sociodemográfico .....	42
1.6.3.Sistema de Informação Geográfica.....	42
1.7.Procedimentos .....	42
1.8.Tratamento e Análise de dados .....	43

<b>III. RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>
<b>1.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>46</b>
1.1.Fiabilidade do Instrumento (SF36 <sub>v2</sub> ) .....	46
1.2.Caracterização da Amostra.....	48
1.3.Relação entre Percepção do Estado de Saúde e Variáveis em Estudo.....	53
<b>IV.DISSCUSSÃO .....</b>	<b>83</b>
<b>1.DISSCUSSÃO .....</b>	<b>84</b>
1.1.A percepção de Saúde da População Portuguesa .....	84
1.2.A percepção de Saúde dos Idosos do Alto Minho .....	85
1.2.1.Concelhos.....	85
1.2.2.Sexo .....	86
1.2.3.Estado Civil .....	87
1.2.4.Idade.....	88
1.2.5.Atividade Física .....	89
1.2.6.Distribuição Geográfica.....	90
1.2.7.Residência.....	91
1.2.8.Distância às Unidades de Saúde e Hospital de referência.....	92
<b>V.CONCLUSÕES .....</b>	<b>94</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>95</b>
<b>VI.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>131</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.Ranking do Active Ageing Index .....	9
Tabela 2.Estudos com atividade física em idosos (1ª Parte).....	11
Tabela 3.Estudos com atividade física em idosos (2ª Parte).....	12
Tabela 4.Dimensões da QdVRS .....	19
Tabela 5.Compilação de Estudos com SF36 (1ªparte).....	22
Tabela 6.Compilação de Estudos com SF36 (2ªparte).....	23
Tabela 7.Compilação de Estudos com SF36 (3ªparte).....	24
Tabela 8.Documentos base para o Planeamento em Saúde. ....	30
Tabela 9.População residente e número de idosos, por concelho, no distrito de Viana do Castelo. .....	35
Tabela 10.Amostra pretendida por concelho .....	36
Tabela 11.Distribuição das Unidades de Saúde e Hospitais, do distrito de Viana do castelo, por concelho. ....	37
Tabela 12.Variáveis em estudo.....	39
Tabela 13.Resultados globais das dimensões do SF36v2. ....	46
Tabela 14.Consistência Interna dos itens do SF36v2. ....	47
Tabela 15.Matriz de correlações entre domínios do SF36v2. ....	47
Tabela 16.Valores do One sample T-test,, para comparação dos valores do estudo com os valores de referência.....	47
Tabela 17.Distribuição da amostra, total de homens e mulheres, pelos 10 concelhos do distrito. .	48
Tabela 18.Distribuição da amostra por escalões etários. ....	48
Tabela 19.Distribuição da amostra segundo estado civil.....	49
Tabela 20.Distribuição da amostra segundo local de residência.....	49
Tabela 21.Distribuição da amostra segundo tipologia das áreas urbanas, litoral e interior e Vales (Minho e Lima).....	49
Tabela 22.Caracterização da amostra segundo peso, altura, IMC e prática de atividade física.....	50
Tabela 23.Caracterização da amostra por distância da residência à Unidade de saúde e hospital de referência.....	50
Tabela 24.Resultados globais do SF36v2, para a amostra. ....	51
Tabela 25.Resultados do SF36v2 detalhados por concelho e sexo.....	52
Tabela 26.Perceção do Estado de Saúde em função do Concelho - Teste de Kruskal-Wallis. ....	56
Tabela 27.Perceção do Estado de Saúde em função do Sexo – Teste de Mann-Whitney.....	57
Tabela 28.Perceção do Estado de Saúde em função do concelho e sexo .....	59
Tabela 29.Perceção do Estado de Saúde em função do estado civil – Teste de Kruskal-Wallis. ..	61
Tabela 30.Perceção do Estado de Saúde em função do estado civil, por Concelho – Teste de Kruskal-Wallis.....	63
Tabela 31.Perceção do Estado de Saúde em função do grupo etário – Teste de Kruskal-Wallis ..	65
Tabela 32.Perceção do Estado de Saúde, por concelho, em função do grupo etário – Teste de Kruskal-Wallis.....	67

Tabela 33.Percepção do Estado de Saúde em função da prática de atividade física – Teste de Mann-Whitney. ....	68
Tabela 34.Percepção do Estado de Saúde, por concelho, em função da prática de atividade física. ....	70
Tabela 35.Correlação entre IMC e Percepção do Estado de Saúde. ....	70
Tabela 36.Percepção do Estado de Saúde em função da tipologia de áreas urbanas – Teste e Kruskal-Wallis. ....	72
Tabela 37.Percepção do Estado de Saúde, em função da zona Litoral e Interior – Teste de Mann-Whitney. ....	73
Tabela 38.Percepção do Estado de Saúde em função dos Vales Minho e Lima – Teste de Mann-Whitney. ....	74
Tabela 39.Percepção do Estado de Saúde em função do local de residência – Teste de Mann-Whitney. ....	75
Tabela 40.Percepção do Estado de Saúde por concelho, em função do local de residência. ....	77
Tabela 41.Correlação entre a distância a Unidade de Saúde e percepção do Estado de Saúde. ...	78
Tabela 42.Distância à Unidade de Saúde, por concelho. ....	80
Tabela 43.Correlação entre distância à Unidade de Saúde e percepção do Estado de Saúde, por concelho. ....	80
Tabela 44.Correlação entre a distância ao Hospital de referência e a percepção do Estado de Saúde. ....	81
Tabela 45.Distância ao Hospital de referência, por concelho. ....	82
Tabela 46.Correlação entre distância ao Hospital de referência e percepção do Estado de Saúde, por concelho. ....	82
Tabela 47.Especificação de itens por domínio e pergunta, assim como conteúdo abreviado da pergunta. ....	127
Tabela 48.Sistema de pontuação para transformação dos dados. ....	129
Tabela 49.Caracterização da amostra segundo idade, peso, altura e IMC, em cada concelho ...	133
Tabela 50.Caracterização da amostra segundo sexo e tipologias de áreas urbanas, em cada concelho. ....	133
Tabela 51.Caracterização da amostra segundo as distâncias ao posto de saúde e hospital, em cada concelho. ....	134
Tabela 52.Caracterização da amostra segundo classe etária, estado civil, local de residência e prática de atividade física, em cada concelho. ....	134
Tabela 53.Resultado SF36v2, detalhado por concelho, segundo estado civil. ....	141
Tabela 54.Resultado SF36v2, detalhado por concelho, segundo grupos etários. ....	142
Tabela 55.Resultado SF36v2, detalhado por concelho, segundo a prática de atividade física. ....	143
Tabela 56.Resultado SF36v2, detalhado por concelho, segundo local de residência. ....	144

## ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1.Pirâmide etária 2001 e perspetiva 2025 .....	6
Figura 2.Pirâmide etária de Portugal .....	7
Figura 3.Definições de saúde.....	17
Figura 4.Etapas do Planeamento em Saúde .....	27
Figura 5.Distrito de Viana do Castelo .....	37
Figura 6.Componentes de avaliação do questionário SF36v2 .....	41
Figura 7.Resultados médios dos domínios do SF36v2, para cada concelho .....	54
Figura 8.Resultados médios dos domínios do SF36v2, por sexo.....	57
Figura 9.Resultados médios dos domínios do SF36v2, por estado civil .....	60
Figura 10.Resultados médios dos domínios do SF36v2, por grupo etário .....	64
Figura 11.Resultados médios dos domínios do SF36v2, em função da prática de atividade física.68	
Figura 12.Resultados médios dos domínios do SF36v2, em função da tipologia de áreas urbanas .....	71
Figura 13. Resultados médios dos domínios do SF36v2, em função da zona Litoral e Interior. ....	72
Figura 14.Resultados médios dos domínios do SF36v2, em função dos Vales Minho e Lima.....	73
Figura 15. Resultados médios dos domínios do SF36v2, em função do local de residência. ....	75

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos 1.SF36v2 Versão Portuguesa .....	110
Anexos 2.Propriedades psicométricas do SF-36v2 Versão Portuguesa .....	115
Anexos 3.Tipologia das Áreas Urbanas (TIPAU 2009).....	117
Anexos 4.Autorização de Utilização do SF36v2 .....	120
Anexos 5.Autorização de Utilização de Dados pelo Investigador Principal.....	122
Anexos 6.Consentimento Informado .....	124
Anexos 7.Distribuição dos itens por perguntas e domínios .....	126
Anexos 8.Transformação de sistema de pontuação e cálculo por domínio .....	128

## ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1.Resultados detalhados por concelho para cada uma das variáveis.....	132
Apêndice 2.Frequências de resposta obtidas pela população idosa no SF36v2 .....	135
Apêndice 3.Resultados SF36v2, detalhados por concelho, segundo estado civil, grupos etários, prática de atividade física e local de residência.....	140



## Introdução

Envelhecer corresponde a um conjunto de processos complexos e naturais que acontecem desde o nascimento, no entanto o seu impacto é notório numa fase mais avançada da vida (Faria & Marinho, 2004; Fernandes, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2050 existirão cerca de 2 biliões de pessoas no Mundo com idade superior a 60 anos e que 80% se encontrará nos países desenvolvidos (WHO, 2002). O departamento de assuntos económicos e sociais das nações unidas refere que a percentagem de pessoas com idade superior a 60 anos, em todo o mundo será de 25.3% em 2050 e estima que para Portugal o valor percentual de pessoas com idade superior a 60 anos seja de 53.2% (United Nations, 2013a, 2013b). Na origem do envelhecimento demográfico destaca-se a redução da mortalidade, a redução da fecundidade e um desenvolvimento e modernização da nossa sociedade (Gil, 2007; Kalache, Veras, & Ramos, 1987; Pinto, 2006; Rosa, 2012; WHO, 2002).

Segundo os Censos 2011, a proporção média de pessoas em Portugal com 65, ou mais anos de idade, é de 19,4%, sendo que na região do Minho-Lima, a prevalência de idosos atinge dimensões ainda mais preocupantes (23,2%) (I.N.E., 2011). O Instituto Nacional de Estatística prevê que em 2060 a esperança de vida à nascença para o Norte de Portugal seja de 84.0 e 89.7 anos para homens e mulheres, respetivamente. Salaria ainda que o índice de envelhecimento (número de idosos por cada 100 jovens) seja de 366, também para o ano de 2060, no Norte do País (I.N.E, 2014).

Além da definição de saúde (WHO, 2002), nos idosos, dá-se especial ênfase à capacidade funcional dos mesmos, ou seja a capacidade para realizarem as tarefas do dia-a-dia. A capacidade funcional está intimamente ligada à manutenção da autonomia e independência, que por sua vez está relacionada com a Qualidade de Vida Relacionado com a Saúde (QdVRS) (Kalache et al., 1987; Ramos, 2003). A QdVRS traduz então a forma como as pessoas percebem a sua saúde, em várias vertentes, nomeadamente física, na capacidade de realizar tarefas, psicológica, no bem-estar emocional e mental e social, que determina a capacidade de se relacionar com as pessoas (Pimentel, 2006).

Analisando as alterações inerentes ao processo de envelhecimento, e tendo em conta as dimensões primárias necessárias à avaliação da QdVRS (Função Física, Função Social, Função psicológica, Satisfação geral com a vida/bem-estar e Perceção do estado de saúde), percebe-se que cada vez mais a auto percepção do estado de saúde seja valorizada com o intuito de melhorar a qualidade de vida à medida que envelhecemos (Alves & Rodrigues, 2005). Desta forma, com o avançar da idade, é fundamental preservar a autonomia e independência, conceitos estes considerados chave para um envelhecimento ativo (WHO, 2002).

A literatura refere que os instrumentos mais utilizados para avaliar a QdVRS são os questionários e entre eles o 36-item Short Form healthy survey (SF36) é o mais utilizado (Paixao & Reichenheim, 2005; Pimentel, 2006).

Uma vez que o cidadão é o centro do sistema de saúde, e que este deve responder às suas necessidades (Ministério da Saúde, 2012b), importa não só a utilização de métodos objetivos, que quantifiquem a saúde da população portuguesa, mas também métodos que objetivem a componente subjetiva da saúde, nomeadamente a perceção das próprias pessoas quanto à sua saúde.

Tendo em conta o envelhecimento demográfico de Portugal e em especial na região do Alto Minho, é de todo o interesse que se desenvolvam métodos que quantifiquem a saúde dos indivíduos e da população de forma contribuir para o planeamento em saúde. É neste contexto, que conceitos como a QdVRS são cada vez mais mobilizados na medição em saúde, sendo considerado um indicador de saúde e preditor de mortalidade especialmente nos idosos (Ferreira & Ferreira, 2006; Lima et al., 2009).

Dada a carência de conhecimento sobre a auto perceção da população idosa do Alto Minho surge o interesse em fazer deste tema alvo de pesquisa para a elaboração desta dissertação, e conseqüente obtenção do grau de mestre, com o intuito de contribuir para o Perfil de Saúde do Alto Minho, quer numa perspetiva de levantamento de necessidades, quer numa perspetiva de promoção da saúde. Assim traçamos como objetivo geral, avaliar o estado de saúde dos idosos do Alto Minho.

Relativamente à organização deste estudo, estruturámo-lo do seguinte modo:

Numa primeira parte fazemos uma análise sobre a literatura, incidindo na temática do estudo e apresentando resultados de algumas pesquisas efetuadas no âmbito do envelhecimento e envelhecimento ativo, da qualidade de vida e saúde e instrumentos de avaliação da qualidade de vida/perceção do estado de saúde. Posteriormente fazemos uma abordagem a promoção e planeamento em saúde, relacionando com o âmbito e os propósitos do nosso estudo.

A segunda parte diz respeito ao estudo empírico – metodologia, onde explanamos a planificação e organização metodológica, e expomos os objetivos gerais e específicos do estudo, assim como as fases e procedimentos utilizados durante todo o processo.

Na terceira parte, apresentamos os resultados obtidos como resultado da estatística descritiva e inferencial.

De seguida analisamos e discutimos os resultados obtidos realizando a nossa reflexão crítica sobre os temas e estabelecemos sempre que possível um paralelismo com outros estudos realizados.

Por último apontam-se as principais conclusões do nosso estudo e recomendações para estudos futuros, deixando para desfecho do trabalho as referências bibliográficas.

## **I.ENQUADRAMENTO**

---

## **1.Enquadramento Teórico**

Na revisão da literatura pretendemos, numa primeira fase, abordar uma série de temáticas associadas ao envelhecimento, nomeadamente processo de envelhecimento, demografia, envelhecimento ativo e atividade física. Depois centramos a nossa atenção na qualidade de vida, explorando o conceito de qualidade de vida, assim como o de qualidade de vida e saúde e instrumentos de avaliação da perceção do estado de saúde. Após esta temática avançamos para as questões associadas da promoção de saúde e planeamento em saúde participado.

### **1.1.Envelhecimento**

Envelhecer é um processo, ou conjunto de processos, complexos e naturais que acontecem desde o nascimento, de forma inerente a todos os seres vivos, tornando-se mais evidente numa fase mais avançada da vida (Faria & Marinho, 2004; Fernandes, 2005). O processo de envelhecimento pode ser definido como uma combinação de alterações biológicas/fisiológicas, psicológicas e sociais que levam a um declínio, quer de adaptação das novas condições, quer da capacidade para realizar as suas tarefas, o que deixa o indivíduo mais vulnerável a um processo patológico (Carvalho & Soares, 2004; Gault & Willems, 2013; Paúl, 2005; Pinto, 2006; Queiroz, Kanegusuku, & de Moraes Forjaz, 2010; Schroots & Birren, 1980).

Sob o ponto de vista biológico/fisiológico torna-se difícil determinar como ocorre o processo de senescência, nomeadamente como surge a perda progressiva das reservas orgânicas e funcionais – homeostasia – tratando-se de um processo inevitável (Phillips & Davidoff, 2007; Schroots & Birren, 1980). Desta forma têm sido desenvolvidas teorias genéticas e estocásticas, que estudam o processo de envelhecimento sob uma perspetiva do declínio e degeneração dos sistemas orgânicos e células e teorias que defendem que o envelhecimento ocorre como consequência de lesões sucessivas que conduzem a desgaste e inerente disfunção e morte celular, respetivamente. Apesar das teorias divergirem sobre as causas, elas são concordantes quanto ao resultado, nomeadamente a perda de funcionalidade progressiva com a idade, aumento da suscetibilidade e incidência de doenças com consequente aumento da probabilidade de morte (Farinatti, 2002; Lata & Alia, 2007; Mota, Figueiredo, & Duarte, 2004).

Do ponto de vista psicológico/biopsicológico, este é um espelho do envelhecimento cronológico, que varia de indivíduo para indivíduo. É autorregulado pelo indivíduo através da sua tomada de decisões e opções ao longo da vida (Paúl, 2005; Rosa, 2012).

Quando analisado o envelhecimento sob o ponto de vista social, importa referir e distingui-lo como: demográfico e societal (Rosa, 2012). O primeiro refere-se em termos de indicadores, números e estatística, dos idosos em relação com os outros segmentos da população. O segundo resulta do envelhecimento demográfico estando associado ao papel do idoso na sociedade e às expectativas da sociedade para a entrada na velhice (Paúl, 2005; Rosa, 2012; Schroots & Birren, 1980), sendo muitas das vezes vista como disfunção cognitiva, fragilidade, alterações mobilidade, dor e morte (Phillips & Davidoff, 2007).

Numa lógica de mercado, na passagem para a reforma, o indivíduo deixa de ser contribuinte ativo, experienciando vários tipos de perda, nomeadamente saúde, dinheiro/emprego perda de familiares e amigos e algumas vezes perda da casa. Perdem, de forma abrupta, papéis sociais que outrora tinham, levando a que a velhice seja vista como um peso para a sociedade (Fernandes, 2005; Gil, 2007; Rosa, 2012; Vaz et al., 2009). Os aspetos sociais, em conjunto com limitações físicas e cognitivas, quando não bem aceites ou entendidos podem levar a situações de isolamento, depressão e demência, que por sua vez conduz a uma progressiva reclusão social, perda de autoestima, défice cognitivo, maiores limitações físicas e aumento do risco para doenças cardiovasculares. Desta forma é importante manter a interação social de modo a manter as habilidades cognitivas, evitar situações de depressão e isolamento (Age, 2012; Faina et al., 2008; Hill, 2011; Phillips & Davidoff, 2007; Ramos, 2003).

Independentemente dos processos e teorias, com o envelhecimento ocorre um declínio contínuo em vários sistemas do organismo humano, nomeadamente sistema cardiorrespiratório, músculo-esquelético, pele, gastrointestinal, metabólico e sensorial (Age, 2012; Lata & Alia, 2007). Com a idade ocorre atrofia do músculo cardíaco, calcificação das válvulas cardíacas, aterosclerose que conduz a uma menor fluxo de sangue com conseqüente aumento da pressão arterial para compensar (Queiroz et al., 2010). Os pulmões ficam menos elásticos levando a situações de falta de ar e fadiga (Lata & Alia, 2007). Ocorre perda da massa e força muscular, equilíbrio, diminuição da densidade óssea, compressão vertebral com conseqüente diminuição da estatura (Gault & Willems, 2013; Matsudo, 2002; Matsudo, Matsudo, & Neto, 2000). O cabelo perde a pigmentação, as unhas ficam mais grossas, a pele fica mais seca, enrugada e perde sensibilidade ao calor, frio, lesões (Age, 2012; Lata & Alia, 2007). Ao nível gastrointestinal ocorre redução na produção de enzimas que podem resultar em aflição gastrointestinal, disfagia e digestão mais tardia. Em termos metabólicos ocorre uma menor absorção e utilização da comida para produzir energia. Ao nível sensorial ocorrem alterações na visão, audição, gosto e cheiro (Gault & Willems, 2013; Lata & Alia, 2007). Ao nível antropométrico também são evidentes as alterações de envelhecimento nomeadamente aumento do peso e respetivamente do Índice de Massa Corporal (IMC) e aumento da gordura corporal que se torna mais centralizada (tronco/cintura) (Matsudo, 2002; Matsudo et al., 2000). Todas estas alterações têm como conseqüência perda na capacidade de executar tarefas do dia-a-dia e maior risco de quedas e encontram-se associadas a risco de patologias crónicas, morbidade e mortalidade, aumento da incapacidade com conseqüente dependência funcional e uso de recursos de saúde (Age, 2012; Faina et al., 2008; Gault & Willems, 2013; Hill, 2011; Koster et al., 2010; Netto, 2004; Nylén, Kokkinos, Myers, & Faselis, 2010; Queiroz et al., 2010)

No que respeita a alterações em termos cognitivos estas são pouco perceptíveis até aos 50 anos. Só a partir dos 70 anos é que se nota um declínio, significativo, em termos de inteligência e aprendizagem/memória. No que diz respeito à aprendizagem e memória, com a idade torna-se cada vez mais difícil lembrar de experiências ou acontecimentos recentes, há uma diminuição na capacidade de assimilar novas informações ou de recuperar informações existentes a partir da memória (Lata & Alia, 2007; Phillips & Davidoff, 2007). Relativamente à inteligência importa

distinguir dois tipos de inteligência: inteligência fluida e cristalizada. A inteligência fluida refere-se à inteligência biologicamente determinada, ou seja é a capacidade de pensar logicamente e resolver problemas independentemente do conhecimento adquirido. Este tipo de inteligência vai-se perdendo depois dos 50 anos de idade (Lata & Alia, 2007; Phillips & Davidoff, 2007). Por sua vez a inteligência cristalizada refere-se ao conhecimento e as habilidades que a pessoa adquire através da experiência de vida e mantém-se estável até aos 80 anos de idade. Este declínio cognitivo é influenciado por alguns fatores como isolamento devido ao declínio físico, morte de familiares e amigos e outros fatores sociais (Lata & Alia, 2007; Phillips & Davidoff, 2007).

Sabendo que o envelhecimento demográfico se deve à redução da mortalidade (por progressos médico/científicos) e da fecundidade (redução do número de nascimentos e retardar do projeto de maternidade) e a um desenvolvimento e modernização da sociedade, é de prever que a população não deixe de envelhecer (Gil, 2007; Kalache et al., 1987; Pinto, 2006; Rosa, 2012; WHO, 2002).

### 1.1.1. Demografia

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que a pirâmide etária seja, até 2025, substituída por um cilindro (Figura 1). Estima que em 2050 existirão cerca de 2 biliões de pessoas no Mundo com idade superior a 60 anos e que 80% se encontrará nos países desenvolvidos, como o caso de Portugal. Refere ainda que a faixa etária de 80 anos ou mais é a que se encontra em maior crescimento nos últimos anos e com tendência a aumentar (WHO, 2002) .

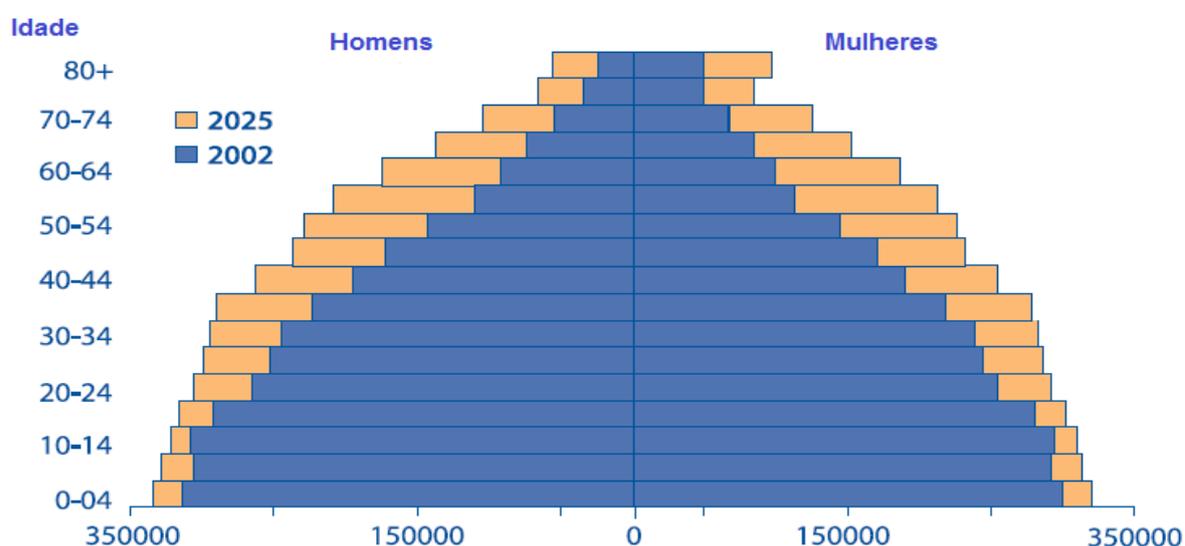


Figura 1. Pirâmide etária 2002 e perspectiva 2025 para a população mundial

Fonte: WHO (2002)

Por outro lado, o departamento de assuntos económicos e sociais das nações unidas refere que a percentagem de pessoas com idade superior a 60 anos, em todo o mundo será de 25.3% em 2050 e que em Portugal o valor percentual seja de 53.2% em 2050. Além disso prevê

que Portugal se encontre na vigésima posição do *ranking* de Países em que é previsto um decréscimo de população, presumindo-se que em Portugal, no ano 2050, o número de habitantes de 9843 milhões de pessoas (United Nations, 2013a, 2013b).

Segundo os Censos (2011), a percentagem de pessoas, em Portugal (Figura 2), com 65 ou mais anos é de 19,4%, sendo que para a região Minho-Lima este valor é de 23,2%. O índice de envelhecimento do país, que representa o número de idosos (mais de 65 anos) por cada 100 jovens (0-14 anos), é de 129, o que significa que Portugal tem mais idosos que jovens (I.N.E., 2011). Como previsões futuras o Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.) prevê que em 2060 a esperança de vida à nascença para o Norte de Portugal seja de 84.0 e 89.7 anos para homens e mulheres, respetivamente, salientando ainda que o índice de envelhecimento poderá ser de 366, no Norte do País (I.N.E, 2014).

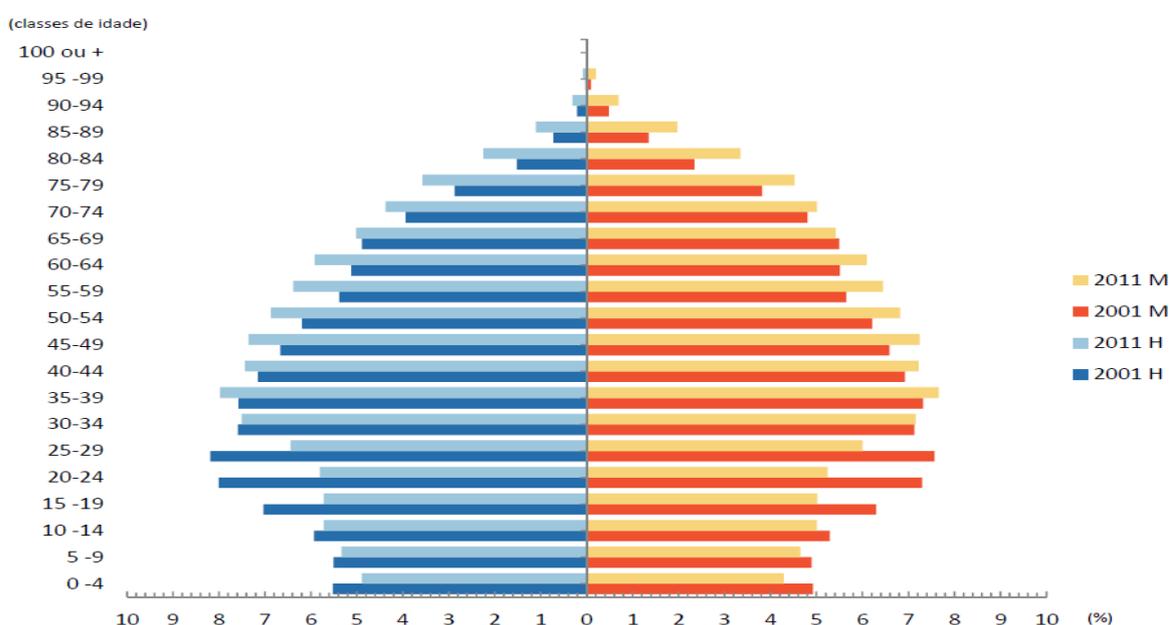


Figura 2. Pirâmide etária de Portugal 2001 e 2011

Fonte: I.N.E. (2011)

Quando se analisa o perfil de saúde da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, E.) de 2014, os dados apontam para um índice de envelhecimento de 177.3, uma taxa bruta de natalidade<sup>1</sup> de 7.1% e uma esperança média de vida para os homens de 77.0 anos e para as mulheres de 84.3 anos (Departamento de Saúde Pública ARS Norte, 2014).

### 1.1.2. Envelhecimento Ativo

O envelhecimento da população é uma das maiores vitórias da humanidade, mas ao mesmo tempo um desafio para a sociedade e para o Sistema de Saúde, quer por aumentar a

<sup>1</sup> (Número de nados vivos/população residente estimada para o meio do ano) x 1000

suscetibilidade para doenças crónicas, quer por colocar em risco a sustentabilidade da segurança social (Ministério da Saúde, 2012g; WHO, 2002). Surgem então preocupações a vários níveis: económico, saúde, social, qualidade de vida, entre outros (Fernandes, 2005; Gil, 2007; Januário, Junior, Liutti, Decker, & Molari, 2011), levando a OMS a levantar questões pertinentes tais como:

- Como podemos ajudar as pessoas a manterem-se independentes e ativas?
- Como podemos fortalecer a promoção de saúde e políticas de prevenção, especialmente, direcionadas para os mais velhos?
- Como podemos melhorar a Qualidade de Vida (QdV)?
- Pode este número elevado de idosos causar problemas de sustentabilidade ao sistema de saúde e social? (WHO, 2002)

Com isto percebe-se que a saúde – estado de bem-estar físico, mental e social - é um tema mais amplo e que esta apenas pode ser criada e suportada através da participação de múltiplos fatores. Desta forma aumenta o interesse por medidas que possam avaliar o valor despendido pelo Estado na manutenção da percentagem de população não ativa da sociedade (Veras, Ramos, & Kalache, 1987), uma vez que os mais velhos são consumidores substanciais dos serviços de saúde e que muitos deles lidam com doenças crónicas e/ou incapacidade (Hill, 2011).

Um indicador usado pelos economistas como ferramenta de manutenção e planeamento dos serviços de cuidados é o índice de dependência, que representa a relação entre o número de pessoas que atingem uma idade em que estão geralmente inativas do ponto de vista económico (65 e mais anos) e o número de pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos). Em Portugal, o índice de dependência de idosos, em 2013, foi de 29.9%, valor superior ao da média europeia e dos países com maior ascensão dos anos 80 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2009; WHO, 2002).

Tendo em conta esta nova realidade, e uma vez que o envelhecimento deve ser visto como uma experiência positiva e deve ser acompanhada por oportunidades para a saúde, participação e segurança, surgiu a necessidade de políticas e programas para um envelhecimento ativo – “*Active Aging*” (WHO, 2002). O *Active Aging* pretende manter autonomia e independência dos mais velhos, definindo o envelhecimento ativo como um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança a fim de melhorar a qualidade de vida com a idade (WHO, 2002). Desta forma pretende-se que as pessoas entendam o seu potencial para o bem-estar (físico, social e mental) para a participação na sociedade (de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades), proporcionando-lhes proteção apropriada e segurança e cuidados quando precisarem, ao longo das suas vidas. Desta forma espera-se que os indivíduos sejam sujeitos ativos, ou seja, que participem de forma contínua em assuntos sociais, económicos, culturais entre outros e não apenas em aspetos físicos (WHO, 2002).

O *Active Aging* considera três pilares de intervenção: saúde, participação e segurança. Além disso tem em conta os princípios das Nações Unidas para os mais velhos sendo eles: independência, participação, cuidado, dignidade e autorrealização. Assim, e considerando a complexidade e consequências físicas e sociais do envelhecimento, pretende-se que os organismos estatais tomem medidas ao nível da saúde tendo em conta que, agindo de forma a

baixar os fatores de risco para doenças crónicas e declínio funcional, e aumentando os fatores de proteção, as pessoas vão disfrutar de uma maior vida em termos de quantidade e qualidade, necessitando de menos cuidados médicos (WHO, 2002).

Ao nível da participação espera-se que sejam criadas atividades para que as pessoas continuem a manter uma contribuição produtiva para a sociedade, através de linhas de intervenção tais como proporcionar oportunidades de educação e de aprendizagem ao longo da vida; reconhecer e permitir a participação ativa de pessoas em atividades de desenvolvimento económico, trabalho formal e informal e atividades voluntárias com a idade, de acordo com as suas necessidades individuais, preferências e capacidades; incentivar as pessoas a participar plenamente na vida da comunidade familiar, à medida que envelhece (WHO, 2002). No que concerne a segurança as linhas orientadoras são assegurar a proteção, a segurança e a dignidade das pessoas idosas, abordando os direitos e necessidades das pessoas para a segurança social, financeira e física à medida que envelhecem e reduzir as desigualdades nos direitos de segurança e necessidades das mulheres mais velhas (uma vez que as mulheres vivem mais que os homens) (WHO, 2002).

De forma a ajudar os decisores políticos no desenvolvimento de políticas para o envelhecimento ativo e saudável foi criada em 2012 uma nova ferramenta – *Active Aging Index* (European Commission, 2013). Esta ferramenta tem por base vários indicadores nomeadamente: Emprego, Participação na sociedade, vida independente, saudável e segura e capacidade e ambiente propício para o envelhecimento ativo. Os resultados de Portugal estão apresentados na Tabela 1 (European Commission, 2013).

Tabela 1. Ranking do Active Ageing Index

Global	Emprego	Participação na sociedade	Vida independente, saudável e segura	Capacidade para o envelhecimento ativo
Suécia (1)	Suécia (1)	Irlanda (1)	Dinamarca (1)	Suécia (1)
Dinamarca (2)	Chipre (2)	Itália (2)	Suécia (2)	Dinamarca (2)
Irlanda (3)	Reino Unido (3)	Luxemburgo (3)	Holanda (3)	Holanda (3)
<b>Portugal (13)</b>	<b>Portugal (4)</b>	<b>Portugal (20)</b>	<b>Portugal (24)</b>	<b>Portugal (18)</b>

Existe uma correlação positiva entre o índice medidas de performance económica e social desta forma o índice pode ser para benefício dos decisores políticos para que baseiem as políticas relacionadas com o envelhecimento em evidências de forma a trabalhar para melhores resultados (European Commission, 2013).

### 1.1.3. Envelhecimento e Atividade Física

Tendo em vista o crescimento global do número de idosos tem aumentado o interesse em perceber como envelhecer de forma mais saudável, independente, ativa e com qualidade de vida. Dado que a qualidade de vida se encontra intimamente ligada a uma boa independência motora, é fundamental que o idoso consiga retardar o mais possível o declínio da sua aptidão física (Caporicci & Neto, 2011; Carvalho & Soares, 2004).

Apesar do envelhecimento ser um facto inevitável, o declínio fisiológico varia consideravelmente de indivíduo para indivíduo (Faina et al., 2008; Faria & Marinho, 2004), sendo que as perdas podem ser minimizadas com a prática regular de Atividade Física (AF) (Netto, 2004). Uma das linhas de intervenção propostas pelo programa de *Active Ageing* para prevenir e reduzir o peso da incapacidade, doenças crónicas e morte prematura nos idosos são programas de atividade física (WHO, 2002).

O exercício físico melhora as capacidades físicas compensando as perdas de massa muscular e o declínio da função neurológica para que a QdV possa ser preservada. A atividade física tem efeitos benéficos em causas subjacentes a doenças tais como diabetes, obesidade, osteoporose, doença coronária (Bassegy, 2002). Um idoso ativo apresenta menor decréscimo de força muscular e performance física. Níveis modestos de atividade física como prática regular no dia-a-dia são benéficos uma vez que a melhoria da força muscular se traduz numa melhoria no SF36 (Bassegy, 2002). Outros benefícios físicos da atividade física incluem diminuição da pressão arterial (Queiroz et al., 2010), controlo peso, aumento da densidade óssea, melhora força muscular, flexibilidade, equilíbrio, mobilidade.), como benefícios psicológicos, melhora autoimagem, aumenta auto estima e bem-estar, diminuiu stresse depressão, mantém autonomia reduz isolamento e como benefícios sociais, aumenta o envolvimento em atividades culturais e sociais (Faina et al., 2008; Matsudo, 2002; Matsudo et al., 2002; Nelson et al., 2007; Stewart, 2005).

Além disso, a atividade física pode ser vista como estratégia para benefícios económicos, nomeadamente reduzir os custos relacionados à saúde uma vez que está comprovado que a atividade física exerce um papel importante na vida dos idosos através de benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais, melhorando aptidão física relacionada com autonomia e independência, reduzindo a probabilidade de quedas, manutenção de autonomia e melhoria na qualidade de vida (Carvalho & Soares, 2004; Geirsdottir et al., 2012; Nakagava & Rabelo, 2007; Stewart, 2005; Zama, de Moraes, Bankoff, & Mendes, 2011).

Desta forma têm sido realizados diversos estudos com o intuito de perceber se planos de atividade física melhoram a aptidão física e a qualidade de vida dos idosos. Alguns estudos são apresentados na Tabela 2 e 3.

Tabela 2. Estudos com atividade física em idosos (1ª Parte)

<b>Autor/Ano</b>	<b>Amostra / Idade (dp)</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Programa de Atividade</b>	<b>Principais Resultados</b>
<b>Arai, Obuchi, Inaba, Shiba, &amp; Satake, 2009</b>	151 Idade: 73.3 (5.6)	Descrever as mudanças no equilíbrio e avaliar a relação entre condições físicas e mudanças no equilíbrio depois de um programa de 12 semanas de intervenção	3 Meses de treino de alta intensidade: Força e equilíbrio Frequência: 2x semana	Melhorias significativas no equilíbrio dos idosos
<b>Barbat-Artigas, Fillion, Dupontgand, Karelis, &amp; Aubertin-Leheudre, 2011</b>	62 Mulheres Idade: 61 (6)	Investigar os efeitos de 12 semanas de Tai-Chi em mulheres pós menopausa e com/sem sarcopenia	12 Semanas de Tai-Chi Frequência: 3x semana	Melhorias na composição corporal, força muscular, capacidade funcional e percepção geral de saúde
<b>De Moraes et al., 2012</b>	36 Idade: 69.3	Investigar os efeitos de um programa de treino físico na pressão sanguínea, aptidão física e capacidade funcional de idosos com hipertensão	12 Semanas de treino com treino aeróbico, força, flexibilidade e equilíbrio. Frequência: 2x semana	Melhorias dos indicadores metabólicos, aptidão física, capacidade funcional; Auxiliou controle da pressão sanguínea; Aumento da força muscular, capacidade aeróbica e equilíbrio
<b>Geirsdottir et al., 2012</b>	238 Idade: 73.7 (5.7)	Investigar os efeitos de um treino de resistência na força, composição corporal, capacidade funcional e QdV de idosos	12 Semanas de treino desenhado para aumentar a força e massa muscular de todo os grandes grupos musculares Frequência: 3x semana	Melhorias significativas na massa magra, força muscular, função física e QdV. Estas melhorias relacionam-se positivamente com a melhoria na QdV
<b>Guirado et al., 2012</b>	15 Idade: 68 (8)	Avaliar os efeitos de um treino de 6 meses na capacidade funcional e função diastólica de idosos com hipertensão controlada	6 Meses de treino de força e capacidade aeróbica Frequência: 3x semana	Melhorias significativas na força muscular
<b>Pereira, Izquierdo, Silva, Costa, Bastos, et al., 2012</b>	Grupo experimental: 28 Idade: 62.5 (5.4) Grupo controle: 28 Idade: 62.2 (4.3)	Investigar o efeito de 12 semanas de treino na força muscular	12 Semanas de treino de força de alta velocidade Frequência: 3x semana	Melhorias significativas na força isométrica e dinâmica, função e energia muscular. Os resultados têm relevância prática importante para a construção de programas de atividade física uma vez que a capacidade de desenvolver força rapidamente e executar tarefas diárias ajudam a manter a independência durante mais tempo
<b>Pereira, Izquierdo, Silva, Costa, Gonzalez-Badillo, et al., 2012</b>	Grupo experimental: 20 Idade: 64.8 (2.8) Grupo controle: 17 Idade: 65.8 (2.5)	Investigar o impacto de 6 semanas de paragem após 12 semanas de treino	12 Semanas de treino de força de alta velocidade seguido de um período de 6 semanas de paragem	O período de paragem levou a diminuição da força muscular. Esses dados indicam que o período de paragem pode induzir quedas maiores na força muscular do que na produção de energia e preservar a independência física, mediadas em parte, pela eficácia do treinamento de força de alta velocidade.

Tabela 3. Estudos com atividade física em idosos (2ª Parte)

<b>Autor/Ano</b>	<b>Amostra / Idade (dp)</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Programa de Atividade</b>	<b>Principais Resultados</b>
<b>Seguin, Heidkamp-Young, Kuder, &amp; Nelson, 2012</b>	367 mulheres Idade: 63 (11)	Avaliar a aptidão física antes e depois de um programa de participação.	12 Semanas de treino de resistência, equilíbrio e flexibilidade Frequência: 2x semana	Melhoria na aptidão física que indica melhoria da mobilidade e força, bem como redução de quedas, o que ajuda a manter a independência e melhorar a QdV das mulheres idosas
<b>Shin, Kang, Park, &amp; Heitkemper, 2009</b>	Grupo Experimental: 26 Idade: 76.6 (6.8) Grupo Controle: 22 Idade: 75.1 (8.2)	Examinar o efeito de um programa de exercício na aptidão física, depressão e auto eficácia em mulheres.	Programa de intervenção com duas partes: educação e exercício físico. Educação: temas como mudanças físicas, psicológicas e sociais no envelhecimento, características fisiológicas e psicológicas das pessoas idosas, benefícios, efeitos e formas de exercício (1x semana; 4 semanas). Exercício físico incluía movimentos rítmicos para alongamentos, aumentando a mobilidade das articulações, fortalecimentos dos músculos e aumento da resistência cardiorrespiratória (2x semana; 8 semanas).	Este programa melhorou significativamente a aptidão física assim como alívio sintomas de depressão e aumentou a força muscular.
<b>Faina et al., 2008</b>	32 idosos sedentários Idade: 66.19 (6.92)	Determinar se a aptidão física e mental de um grupo de idosos sedentários melhora após um programa de exercício.	10 semanas de exercícios para melhorar: flexibilidade, equilíbrio, força, velocidade de movimentos e resistência cardiorrespiratória Frequência: 2x semana	Melhorias em todas as habilidades físicas. Os resultados mostraram ainda que mesmo idosos sedentários, que não pratiquem atividade física regular, podem obter melhorias na aptidão física, composição corporal, humor e auto estima, com programas de exercício leves.
<b>Gerage, Januário, Nascimento, Pina, &amp; Cyrino, 2013</b>	Grupo experimental: 24 idosas sedentárias Idade: 66.0 (4.8) Grupo controle: 27 Idade: 66.6 (4.1)	Analisar o impacto de 12 semanas de treino sobre a aptidão físico-funcional de mulheres idosas	12 semanas de treino de resistência Frequência: 3x semana	Melhoria na resistência muscular dos membros inferiores e superiores e habilidades manuais. 12 semanas de treino parecem ser suficientes para provocar melhorias físicas e funcionais em idosas.
<b>Carvalho, Fernandes, &amp; Mota, 2001</b>	15 mulheres Idade: 74.3 (6.7)	Estudar os efeitos de um programa de exercício físico na aptidão física de idosas	4 meses de exercícios que incluíam: aquecimento, exercícios aeróbicos, força muscular, equilíbrio, jogos didáticos e relaxamento	Melhorias significativas nos indicadores de força, resistência muscular, coordenação e resistência cardiorrespiratória; Melhorias na flexibilidade e agilidade (não significativas).
<b>Faria &amp; Marinho, 2004</b>	20 idosos sedentários entre 65 e 81 anos	Observar e avaliar a influência da prática de exercício físico na atividade motora de idosos	8 semanas de exercício que incluíam: aquecimento, exercícios de alongamento, força, flexibilidade, equilíbrio, coordenação, capacidade aeróbia e relaxamento.	Melhorias em alguns comportamentos que traduziam melhorias na força, flexibilidade, equilíbrio e coordenação.

Além da componente da capacidade funcional, também a qualidade de vida e percepção de saúde parecem melhorar com a prática de atividade física. Alguns estudos foram realizados nesse âmbito tais como Olivares e colaboradores (2011) que recrutou 7104 sujeitos (50 aos 99 anos), que participaram num programa de atividade física, e avaliou-os quer em parâmetros físicos (força e flexibilidade dos membros superiores e inferiores), quer QdV (EQ-5D). Os resultados mostraram que o desempenho numa bateria de testes, que avaliam a aptidão física, pode prever a percepção do estado de saúde nas dimensões da QdV. Desta forma a percepção de problemas no questionário de qualidade de vida, principalmente em dimensões físicas, estava associado a baixos níveis de aptidão física (Olivares, Gusi, Prieto, & Hernandez-Mocholi, 2011).

Caporicci e Neto (2011) tinham como objetivo avaliar a QdV, através do questionário SF36, em 12 idosos ativos e 12 idosos não ativos. Apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos, o grupo que praticava atividade física apresentava melhores scores em quase todos os domínios (Caporicci & Neto, 2011). Também Januário e colaboradores (2011) pretendiam analisar a qualidade de vida (através do SF36), tendo em conta o nível de participação em programas de exercícios físicos, em 64 idosos ativos e 38 idosos não ativos. Como resultados obtiveram que o grupo controlo apresenta pontuações inferiores em todos os domínios exceto desempenho físico e emocional (Januário et al., 2011).

Ainda Pacheco e colaboradores (2005) pretendiam comparar a qualidade de vida (SF36) e a performance motora de 10 idosos (5 no grupo controlo e 5 no grupo de treino) e de 8 idosas (4 no grupo controlo e 4 no grupo de treino). Como resultados verificou que o sexo masculino que pertencia ao grupo de treino apresentou melhores resultados (SF36) nos domínios de função física, desempenho físico e dor. As idosas que pertenciam ao grupo de treino apresentaram melhores resultados nos domínios de função física e saúde geral (Pacheco, Cesar, Oliveira Jr, & Storer, 2005). Toscano e Oliveira (2009) procuraram comparar os resultados do SF36 em 587 idosas com distintos níveis de atividade física. Como achados encontraram diferenças significativas entre o nível de atividade física e a qualidade de vida, sendo que as idosas mais ativas apresentaram melhores resultados em todos os domínios (Toscano & Oliveira, 2009).

Um estudo português realizado a 185 idosos institucionalizados pretendia explorar a relação entre QdV e intensidade de atividade física (objetivamente medida com um acelerómetro). Como resultados verificaram que o grupo mais ativo apresentou melhores scores de QdV nos domínios de função física, desempenho físico, vitalidade e dor corporal (Lobo, Santos, Carvalho, & Mota, 2008).

Em suma, são vários os estudos que comprovam que a prática de atividade física melhora a aptidão física e qualidade de vida. Além de prevenir fatores de risco associados a doenças crónicas, ajuda a manter a independência funcional, evitam o preconceito de idade que desencoraja os mais velhos de alcançar seu potencial, sendo um excelente promotor de saúde (Matsudo, 2002; Matsudo et al., 2000; Nelson et al., 2007). Desta forma Nelson (2007) sugere algumas áreas que devem ter ênfase na promoção de atividade física. Essas áreas são redução

de comportamentos sedentários, aumento da atividade física moderada (dando menos destaque a alcançar altos níveis de atividade), adotar uma abordagem passo-a-passo/gradual no aumento dos níveis de atividade física, realização de atividade de fortalecimento muscular em todos os tipos de atividade recomendada, sustentar abordagens a nível individual e ao nível da comunidade e utilizar estratégias de gestão de risco para evitar lesões (Nelson et al., 2007).

## 1.2. Qualidade de Vida

A QdV, que atualmente é tema de interesse e pesquisa, não surgiu apenas no século XX mas remonta já á Antiguidade quando se referia “boa vida” e “felicidade” (Canavarro & Serra, 2010; Forward, 2003; Pimentel, 2006), tendo Aristóteles escrito que:

*“Quer a pessoa mais modesta ou a mais refinada... entende ‘vida boa’ ou ‘estar bem’ como a mesma coisa que ‘estar feliz’. Mas o que é entendido como felicidade é discutível... uns dizem uma coisa e outros outra e a mesma pessoa diz coisas diferentes em tempos diferentes: quando está doente pensa que a saúde é a felicidade; quando está pobre felicidade é riqueza”* in Pimentel, 2006, pág.20.

Também a 2ª Guerra Mundial emergiu o tema da QdV num contexto de medição mais objetiva nomeadamente através do crescimento económico. O crescimento económico era então utilizado como indicador socioeconómico para medir a QdV e permitia comparar a QdV entre países (Canavarro & Serra, 2010; Farquhar, 1995; Martins, Albuquerque, Gouveia, Rodrigues, & Neves, 2007).

A partir dos anos 60 percebe-se que embora a parte objetiva – indicadores de desenvolvimento económico – fosse importante, não era sensível ao desenvolvimento social, sendo necessário avaliar a qualidade de vida percebida pelas pessoas (QdV subjetiva) (Canavarro & Serra, 2010; Farquhar, 1995; Forward, 2003; Martins et al., 2007; Pimentel, 2006). Percebe-se desta forma que o conceito de QdV é bastante amplo e dinâmico que, tendo despertado o interesse em diversas áreas como economia, psicologia, fisiologia, medicina, enfermagem, entre outras, tornou difícil a definição consensual de Qualidade de Vida, havendo inúmeras propostas de definições (Forward, 2003; Martins et al., 2007; Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998; Pernambuco et al., 2012; Pukeliene & Starkauskiene, 2011).

Segundo Abrams (1973) e Rice (1984) a QdV era classificada pela satisfação ou insatisfação dos indivíduos nos diversos aspetos da vida.

*“O grau de satisfação ou insatisfação sentida por pessoas com vários aspetos das suas vidas”*

Abrams (1973) in Farquhar, 1995, pág.1440.

*“o grau em que a experiência de vida de um indivíduo satisfaz os seus desejos e necessidades (físico e psicológico)”* Rice (1984) in Kerce, 1992, pág.2.

Por outro lado George & Bearon (1980) definiram a qualidade de vida identificando quatro dimensões subjacentes ao conceito. Duas dimensões mais objetivas (saúde geral e estado funcional) e duas mais subjetivas (satisfação com vida e autoestima) (Farquhar, 1995, pág.1440).

Conceitos mais globais e multifatoriais são apresentados por Tiel, McNeiel e Bush (1984) e Ferreira (1998) que sugeriram qualidade de vida como:

*“um conceito global que... inclui as vertentes psicológica e social e física e incorpora tanto os aspetos positivos de bem-estar, como os aspetos negativos da doença”* Tiel, McNeiel e Busch (1984) in Pimentel, 2006, pág.20.

*“a percepção, única e pessoal de vida, marcada por muitos fatores interrelacionados, como situação socioeconómica, o clima político, os fatores ambientais, a habitação, a educação, o emprego, entre outros.”* in Ferreira, 1998, pág.17.

Estas definições aproximam-se da definição de QdV apresentada pela OMS (1994) que, dada a diversidade de definições, é a comumente mais aceite sendo definida como:

*“percepção do individuo da sua posição na vida, no contexto de cultura e valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* in WHO, 2002, pág.13.

Apesar das várias definições percebe-se que estas são consensuais quanto à subjetividade e multidimensionalidade do tema qualidade de vida. Relativamente à subjetividade é patente que se deve considerar a percepção da pessoa. Quanto à multidimensionalidade refere-se que a qualidade de vida é composta por várias dimensões: física, desempenho, psicológica, social, emocional, entre outras, ressaltando que para avaliar a QdV só pode ser possível se avaliada pela própria pessoa (Campolina, Dini, & Ciconelli, 2011; Hays, R., & Revicki, 1993; Pimentel, 2006; Seidl & Zannon, 2004; The WHOQOL Group, 1995).

### 1.2.1. Qualidade de Vida e Saúde

A saúde é um conceito igualmente difícil de definir. Inicialmente era avaliada em termos de sobrevivência, sendo posteriormente associado a ausência de doença e visto como algo de positivo, no entanto existem diversas formas de definir saúde (Figura 3) (Ferreira, 1998)

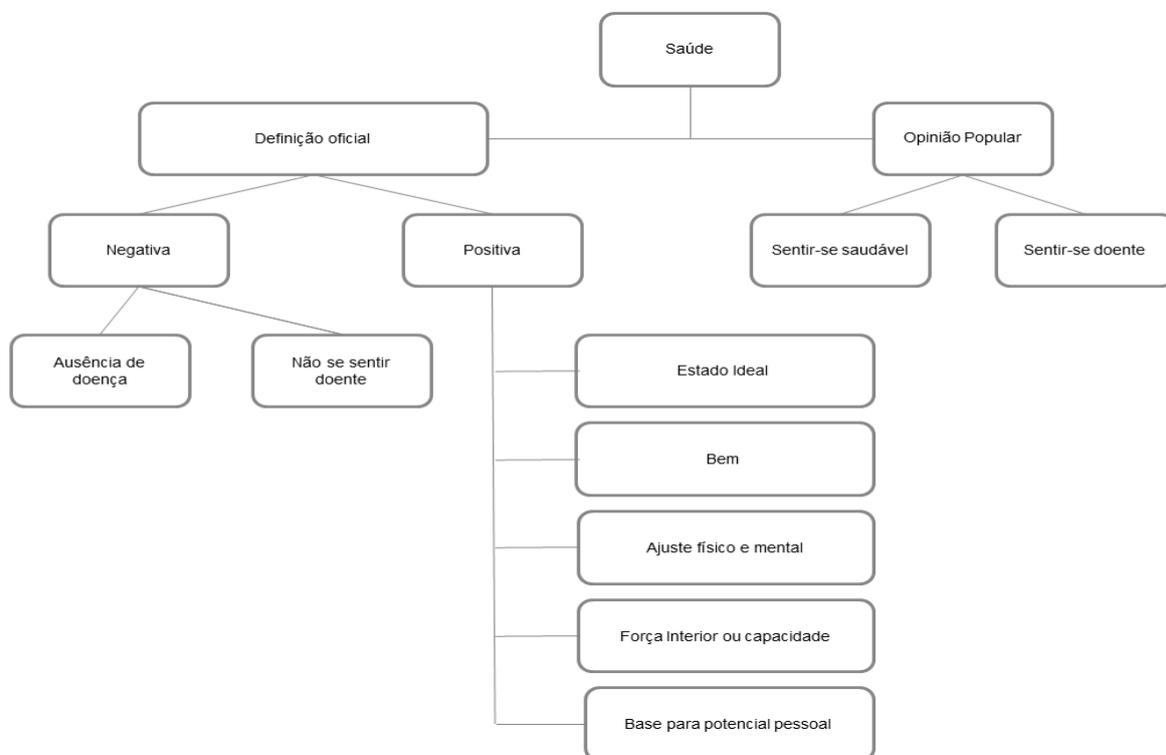


Figura 3. Definições de saúde.

Fonte: Ferreira (1998)

A saúde pode então ser definida num contexto mais oficial e num contexto mais popular. O primeiro é mais voltado para as perspetivas dos profissionais de saúde. O segundo é relativo à percepção das pessoas, de quem não está envolvido nas áreas da saúde. No entanto, apesar de distintas, coexistem e muitas vezes a opinião popular é utilizada pelos profissionais de saúde (Ferreira, 1998).

Numa definição oficial, Ferreira (1998) refere que a saúde pode ser apresentada sob uma perspetiva negativa ou positiva. Analisar a saúde do ponto de vista negativo diz respeito à ausência de doença ou ausência de sensação de se sentir doente, ou seja sugere que as pessoas são saudáveis até ao ponto em que apresentam sinais de problemas. Relativamente a uma perspetiva positiva existem cinco teorias principais de definição de saúde: o estado ideal (completo bem-estar físico, mental e social), um bem (fornecido através de cuidados de saúde), o ajuste físico e mental (estado de capacidade ótima para o desempenho das tarefas desejadas), força interior ou capacidade (resposta positiva aos problemas e sofrimentos da vida) e por último, base

para potencial pessoal (saúde composta por vários fatores que permitem uma realização pessoal máxima) (Ferreira, 1998).

Além da definição oficial existe também uma opinião popular que neste contexto considera os fenómenos de sentir-se saudável ou doente, com enfoque na capacidade da pessoa lidar com os problemas de saúde. Neste argumento popular devem-se considerar convicções dos sujeitos referentes à saúde e o contexto cultural em que se encontram (Ferreira, 1998).

Apesar de várias definições a OMS a definiu saúde, em 1948, como:

*“Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença” in WHO, 2002, pág.12.*

Este conceito capturou o reconhecimento da importância da qualidade de vida. No entanto a QdV apenas aparece na literatura médica, com maior expressão, a partir dos anos 60. Nos anos 70 era avaliada nos ensaios clínicos e como complemento aos tratamentos oncológicos (Bond & Corner, 2004; Canavarró & Serra, 2010; Pimentel, 2006; Smith, Avis, & Assmann, 1999).

Também a carta de Ottawa refere a saúde como:

*“Um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante de qualidade de vida” in Carta de Ottawa, 1986, pág.2.*

A relação entre Saúde e Qualidade de Vida tornou-se de tal forma significativa que surge nos anos 90 uma revista que tem por missão o estudo científico da QdV relevante para a saúde e cuidados de saúde – *“Quality of Life Research”* (Canavarró & Serra, 2010; Seidl & Zannon, 2004).

Quanto ao conceito do termo QdV na área da saúde são reconhecidas duas tendências: qualidade de vida (conceito genérico influenciado por estudos sociológicos) e qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) (Seidl & Zannon, 2004).

Para Ferreira (1998) a qualidade de vida relacionada com a saúde é definida como:

*“Um subconjunto dos aspetos de qualidade de vida relacionados, na existência individual, com o domínio da saúde” in Ferreira, 1998, pág.17.*

Por outro lado Bullinger (2007) define a QdVRS como:

*“Denota a percepção do paciente de bem-estar e função em domínios físicos, emocionais, mentais, sociais e de vida a cada dia” in Bullinger, Schmidt, & Naber, 2007, pág.67.*

A QVRS é utilizada em várias vertentes, desde estudos clínicos (para avaliar os resultados do tratamento), estudos epidemiológicos (para descrever a saúde da população), para documentar a qualidade do atendimento e na investigação económica em saúde (para avaliar os benefícios de saúde) (Bullinger et al., 2007).

A QdVRS traduz a forma como as pessoas percebem a sua saúde - auto percepção de saúde, - e é um conceito multidimensional, que traduz o bem-estar subjetivo do doente em várias vertentes, nomeadamente física (capacidade de realizar tarefas), psicológica (bem-estar emocional e mental) e social (capacidade de se relacionar com as pessoas) (Pimentel, 2006).

Uma definição multidimensional é apresentada por Naughton & Shumaker (2003) referindo que:

“A QdVRS engloba os atributos valorizados pelos pacientes, incluindo: o seu conforto ou sensação de bem-estar resultante; a medida em que são capazes de manter uma função física, emocional, e intelectual, razoável; e do grau em que eles mantêm a sua capacidade de participar de atividades dentro da família, no local de trabalho, e em comunidade” in Naughton & Shumaker, 2003, pág.73.

Esta definição aponta para a existência de dimensões fundamentais para avaliar a QdVRS (Tabela 4).

Tabela 4. Dimensões da QdVRS

<b>Dimensões Primárias</b>	<b>Dimensões Secundárias</b>
Função Física	Função Neuropsicológica
Função Social	Produtividade pessoal
Função Psicológica	Intimidade e função sexual
Satisfação geral com a vida/bem-estar	Distúrbios do Sono
Percepção do estado de saúde	Dor
	Sintomas
	Espiritualidade

Fonte: Naughton & Shumaker (2003)

A opinião dos especialistas Naughton & Shumaker (2003) é que para a avaliação da QdVRS devem constar no mínimo as dimensões primárias. Como função física definem a capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia, como função social definem a capacidade para interagir com família, amigos e comunidade. A função psicológica é definida como bem-estar emocional do indivíduo e deve avaliar quer efeitos negativos (depressão, ansiedade) quer efeitos positivos (alegria). A satisfação geral com a vida/bem-estar representa a percepção de uma pessoa de sua sensação geral de bem-estar. A percepção do estado de saúde deve ser distinguida da situação atual de saúde do indivíduo devendo questionar-se em comparação há um ano atrás (Naughton & Shumaker, 2003).

Analisando as alterações inerentes ao processo de envelhecimento (físicas, psicológicas e sociais), e tendo em conta as dimensões primárias necessárias à avaliação da QdVRS, percebe-se que cada vez mais a auto percepção do estado de saúde seja valorizada com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população idosa. Além disso, a caracterização das condições de saúde requer informações detalhadas sobre as vertentes mencionadas, e uma das formas de obter esta informação é através do levantamento da percepção dos idosos sobre o seu próprio estado de saúde (Alves & Rodrigues, 2005).

Além da definição de saúde (WHO, 2002), nos idosos, dá-se especial ênfase à capacidade funcional dos mesmos, ou seja a capacidade para realizarem as tarefas do dia-a-dia. A capacidade funcional está intimamente ligada à manutenção da autonomia e independência, que por sua vez está ligada à QdVRS (Kalache et al., 1987; Ramos, 2003). Segundo a OMS autonomia é [a *capacidade percebida para controlar e tomar decisões pessoais sobre como se*

vive no dia-a-dia, de acordo com as suas regras e preferência], e a independência é [a habilidade para executar funções relacionadas com a vida diária] (WHO, 2002, pág.13). À medida que as pessoas envelhecem torna-se fundamental que se mantenha a autonomia e independência, sendo estes conceitos a chave principal (para os indivíduos e marcadores de política), para um envelhecimento ativo (WHO, 2002).

### **1.2.2. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida/percepção do estado de saúde**

A literatura refere que os instrumentos mais utilizados para medir a QdVRS são os questionários, podendo ser aplicados por entrevista ou autoadministração (Seidl & Zannon, 2004). Os questionários, sendo aplicados individualmente, elucidam sobre aspetos que não são avaliados, frequentemente, pelos médicos e que não expostos pelo paciente, por exemplo a vertente psicológica (Pimentel, 2006).

Os questionários podem ser genéricos ou específicos. Os genéricos são desenhados quer para serem aplicados quer em populações saudáveis, quer em populações doentes, independentemente do diagnóstico ou do estado geral do paciente, e são definidos como aqueles que nem são específicas para a idade nem para a doença, e que se focam em variáveis básicas tais como bem-estar emocional e habilidade para funcionar no quotidiano. Os questionários específicos são específicos para populações especiais (Pimentel, 2006).

Os instrumentos de avaliação de QdVRS tendem a manter um carácter multidimensional com incidência em quatro dimensões: física, psicológica, mental e ambiente, e avaliam ainda a percepção geral de QdV (Pimentel, 2006; Seidl & Zannon, 2004). Apesar de serem escassos os instrumentos de QdVRS desenvolvidos especialmente para a população idosa, a literatura aponta o instrumento genérico *36-item Short Form health survey (SF36<sub>v2</sub>)* como sendo o mais utilizado (Bezerra & Alves, 2011; Bezerra, Alves, Pontedeira, & Rodrigues, 2011; Brazier, Walters, Nicholl, & Kohler, 1996; Ferreira, Cesar, Camargos, Lima-Costa, & Proietti, 2010; Ferreira, 1998, 2000a, 2000b; Ferreira & Ferreira, 2006, 2007; Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2012; Ferreira & Santana, 2003; Lima et al., 2009; Paixao & Reichenheim, 2005; Parker, Peet, Jagger, Farhan, & Castleden, 1998).

A literatura refere que para os idosos que completam o SF36<sub>v2</sub> há relativamente boas evidências de fiabilidade, apoiando a sua aplicação. Além disso apresenta uma boa evidência de validade e capacidade de resposta através de uma variedade de contextos e populações e mesmo em populações com níveis mais baixos de morbilidade (Haywood, Garratt, & Fitzpatrick, 2005).

Este questionário, criado nos Estados Unidos da América na década de 90 por John Ware Jr e Cathy Sherbourne (Ware & Sherbourne, 1992), foi adaptado para a versão portuguesa pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, tendo sido validado seguindo as normas da IQOLA (*International Quality of Life Assessment*), projeto internacional de adaptação do questionário original em diversos países (Ferreira, 1998, 2000a, 2000b; Ware, Gandek, & Project, 1998).

O SF36<sub>v2</sub> engloba 8 domínios sendo eles Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Dor Corporal (DC), Saúde Geral (SG), Vitalidade (VT), Função Social (FS), Desempenho Emocional (DE) e Saúde Mental (SM) (Ferreira, 1998, 2000a; Ferreira et al., 2012; Ferreira & Santana, 2003; Ware et al., 1998). Este instrumento encontra-se mais especificado no capítulo II – Metodologia, subcapítulo 1.6.1.

O SF36<sub>v2</sub> pode ser aplicado a qualquer pessoa com mais de 14 anos, saudável ou doente, podendo ser de autopreenchimento ou por entrevista, correio e telefone (Ferreira, 1998, 2000a; Ware et al., 1998). A ressalva que se coloca é que não deve ser respondida após o sujeito ter respondido a outras questões sobre a sua saúde/doença (Ferreira, 1998, 2000a). Os autores do questionário SF36<sub>v2</sub> referem que quando aplicado à população idosa, a duração média é de 15 minutos, podendo ser aplicados em outros ambientes além do clínico (Paixao & Reichenheim, 2005).

Vários têm sido os estudos, na população idosa, que recorreram ao questionário SF36<sub>v2</sub> como instrumento de avaliação da QdVRS (Tabelas 5, 6 e 7).

Tabela 5. Compilação de Estudos com SF36 (1ª parte)

País	Autor/Ano	Amostra	Idade	SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT	
Brasil	Beltrame, Cader, Cordazzo, & Dantes, 2012	Rural=30	67 (7.8)	74.8 (15.3)	55.8 (37.5)	79.0 (24.4)	62.2 (39.9)	78.5 (21.9)	81.4 (26.5)	78.6 (18.3)	63.7 (12.1)	
		N= 60 Urbano= 30	68 (8)	62.2 (8.4)	51.6 (37.1)	70.3 (21.0)	60.0 (40.5)	50.0 (0)	78.6 (17.9)	77.0 (12.8)	62.6 (10.1)	
	Coelho & Pedroso, 2012	N=50		49.3 (18.5)	70.5 (26.3)	54.1 (20.9)	85.3 (19.5)	72.5 (25.3)	60.9 (20.3)	71.1 (16.8)	61.4 (17.1)	
		F=25	≥ 60 Anos	49.3 (18.7)	69.0 (25.6)	53.4 (19.6)	84.0 (21.0)	67.0 (29.1)	59.6 (21.6)	71.5 (15.8)	60.0 (15.7)	
		M=25		49.3 (18.8)	72.0 (27.5)	54.8 (22.5)	86.6 (18.3)	78.0 (21.4)	62.2 (19.4)	70.7 (18.0)	62.8 (18.7)	
	Neto, Karnikowski, Tavares, & Lima, 2012	N=56		64.9 (5.7)	77.8 (14.9)	78.4 (33.7)	78.4 (19.3)	75.5 (35.6)	85.2 (18.7)	68.4 (22.9)	78.2 (15.9)	76.3 (15.8)
	Orlando, Silva, & Junior, 2013	N= 74	Ativos= 37	68.0 (5.9)	94.8 (6.2)	97.3 (16.4)	97.8 (3.6)	99.1 (5.4)	98.9 (6.1)	90.3 (15.9)	90.3 (11.5)	89.0 (11.4)
			Não Ativos= 37	68.6 (6.7)	81.6 (14.8)	60.8 (46.9)	77.1 (22.2)	74.7 (43.3)	87.8 (22.3)	63.9 (26.1)	73.9 (17.0)	73.2 (16.5)
	Vieira, Nogueira, Cunha, Ferreira, & Nogueira, 2012	N= 32 com hipertensão arterial	Pre Treino	68.7 (7.2)	70.1 (19.5)	65.6 (31.4)	78.0 (15.7)	66.6 (42.1)	83.5 (23.1)	57.5 (29.9)	77.0 (35.9)	71.5 (21.1)
			Pos Treino	68.7 (7.2)	80.9 (14.6)	75.0 (28.8)	82.6 (17.6)	77.0 (35.9)	82.7 (19.8)	67.5 (31.7)	75.2 (21.6)	73.4 (28.7)
	Lemos, Miyamoto, Valim, & Natour, 2006	N= 40 mulheres com osteoporose		72.1 (6.4)	65.9 (20.9)	45.6 (34.8)	55.7 (16.4)	45.8 (38.2)	71.5 (19.8)	57.3 (17.8)	65.0 (20.7)	57.7 (16.9)
	Pimenta et al., 2008	N = 87   F= 29   M =58		57.3 (8.9)	59.0 (20.0)	49.2 (40.9)	61.1 (26.2)	53.4 (40.8)	70.0 (21.4)	54.8 (22.9)	68.4 (21.8)	61.0 (21.7)
	Netto, 2004	N = 24 idosas	Ativos = 12	69.5 (6.7)	53.7 (14.3)	62.5 (37.6)	68.1 (26.7)	66.6 (40.2)	43.7 (13.5)	33.3 (23.8)	56.3 (7.5)	50.8 (13.9)
			Não Ativos = 12	70 (6.6)	47.0 (9.8)	60.4 (37.6)	62.0 (27.2)	61.1 (44.5)	42.7 (14.5)	35.8 (25.0)	53.3 (11.6)	48.7 (8.0)
	Faria et al., 2011	N = 40		70.5 (7.4)	SD	SD	81.3 (20.2)	SD	83.1 (19.7)	69.7 (25.8)	78.0 (18.3)	70.1 (17.7)
	Toscano & Oliveira, 2009	F = 238 Mais ativos Menos ativos		69.2 (6.6)	61.9 (21.3)	67.4 (37.8)	58.9 (23.0)	75.1 (37.9)	80.5 (23.5)	59.9 (24.7)	54.9 (7.7)	67.2 (18.7)
				69.1 (18.4)	75.3 (35.4)	70.1 (20.1)	81.6 (33.4)	85.1 (22.6)	64.1 (23.1)	56.6 (7.3)	72.9 (16.0)	
				48.8 (20.1)	52.9 (37.9)	46.9 (23.4)	63.5 (42.9)	72.5 (23.0)	52.2 (26.0)	51.8 (7.7)	56.9 (18.9)	
Lima et al., 2009	N = 1958 F = 1029 M =929		≥ 60 anos	70.1	81.2	71.4	86.1	85.9	74.2	69.9	64.4	
				67.9	79.9	66.7	83.0	84.5	71.4	67.5	61.2	
				72.9	82.8	77.8	90.3	88.8	77.9	73.1	68.6	
Januário et al., 2011	N = 102 Ativos = 64 Não Ativos = 38		69.1 (6.7)	78.6 (20.0)	82.0 (32.0)	83.0 (14.8)	84.3 (31.4)	85.3 (20.3)	73.0 (28.0)	74.7 (19.4)	73.4 (20.8)	
			70.5 (7.1)	58.1 (19.4)	67.2 (41.4)	67.6 (27.6)	77.1 (40.3)	59.0 (23.5)	42.4 (31.2)	62.1 (22.0)	57.8 (22.8)	
Garber et al., 2010	N = 712		76.6	53.4	37.7	43.8	38.3	53.6	40.0	54.3	45.3	
USA	Villareal, Banks, Siener, Sinacore, & Klein, 2004	Obesos N= 52	76.5 (0.9)	62.0 (2.0)	78.1 (5.1)	62.7 (3.1)	88.4 (4.1)	94.5 (1.9)	76.8 (3.1)	83.5 (1.9)	52.5 (2.6)	
		não obesos não frágeis N= 52	76.0 (0.8)	63.6 (1.7)	93.2 (2.9)	85.9 (1.9)	95.1 (1.7)	97.4 (1.3)	82.4 (2.3)	86.1 (1.4)	58.2 (1.9)	
		não obesos e frágeis N= 52	77.3 (0.5)	58.4 (1.9)	77.0 (4.8)	71.5 (3.9)	86.8 (4.7)	92.7 (2.4)	73.7 (3.7)	81.3 (1.7)	51.0 (1.9)	
	Villareal, Banks, Sinacore, Siener, & Klein, 2006	Grupo experimental N= 17 Grupo controle N= 10	69.4 (4.6) 71.1 (5.1)	65.7 (12.2) 38.0 (11.4)	78.0 (36.3) 67.5 (42.6)	83.2 (13.9) 69.5 (22.1)	98.0 (8.1) 75.0 (40.8)	92.2 (15.7) 77.8 (22.8)	73.8 (21.4) 71.0 (18.5)	87.9 (10.7) 77.2 (24.3)	56.3 (11.2) 47.3 (25.5)	

Tabela 6. Compilação de Estudos com SF36 (2ª parte)

País	Autor/Ano	Amostra	Idade	SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT	
Reino Unido	Crome et al., 1998	West Glamorgan		59.0	58.4	83.6	83.6	77.4	62.9	73.7	48.8	
		North staffordshire		59.9	65.9	86.4	86.4	81.3	62.7	77.4	52.5	
		N= 4500 distribuídos em 9 zonas de 6 países europeus	Dudley		61.0	71.0	93.5	93.5	82.4	69.5	72.4	48.1
			Irlanda	Adultos	64.8	65.1	74.7	74.7	79.1	73.2	77.9	61.1
			Suécia		65.1	68.7	85.1	85.1	89.8	68.2	83.0	64.1
			Finlândia		59.1	56.8	79.9	80.0	84.4	67.3	81.7	63.2
			Croácia		52.2	37.3	52.4	52.4	56.6	68.2	56.4	41.9
			Barcelona		64.6	81.4	83.2	89.2	90.6	67.3	68.0	66.1
			Andaluzia		55.8	57.4	70.4	70.4	72.1	55.0	62.8	47.3
	Brazier et al., 1996	N= 370			59	43	47	62	75	58	72	53
	75-79 anos	80.1 (4.5)	60	45	55	60	76	58	71	55		
	80-84 anos		57	39	41	57	75	58	72	50		
	85+		59	33	39	69	73	59	74	46		
	Burholt & Nash, 2011	N=3599	65-69		61.3 (24.2)	67.7 (34.7)	66.2 (31.4)	84.0 (28.4)	77.5 (22.7)	62.0 (28.9)	76.2 (18.1)	57.7 (22.7)
			70-74		57.6 (24.0)	56.9 (35.1)	58.5 (32.9)	80.0 (31.1)	73.5 (30.69)	58.1 (30.0)	75.4 (18.6)	53.3 (23.5)
75-79				57.8 (23.8)	52.7 (34.4)	50.8 (32.2)	76.3 (32.4)	68.8 (32.5)	56.3 (29.5)	74.3 (18.59)	49.8 (22.1)	
80-84				52.8 (22.2)	46.0 (34.1)	42.0 (31.9)	74.5 (35.0)	66.9 (32.2)	54.0 (29.2)	74.7 (18.5)	47.4 (23.1)	
85+				50.9 (22.8)	38.1 (34.9)	31.3 (30.5)	70.9 (37.3)	58.6 (34.1)	52.8 (29.6)	71.6 (19.8)	43.9 (22.6)	
Walters, Munro, & Brazier, 2001	M	70-74		56.0 (24.2)	47.6 (43.3)	61.9 (30.3)	61.8 (43.7)	75.1 (29.9)	65.6 (28.0)	74.3 (19.1)	55.8 (22.4)	
		75-79		56.2 (23.1)	43.5 (42.0)	58.4 (30.4)	55.4 (44.0)	70.4 (31.5)	64.0 (29.1)	73.8 (18.5)	53.8 (22.3)	
		80-84		52.1 (24.0)	30.2 (38.4)	48.4 (30.5)	44.5 (44.6)	63.0 (34.3)	59.6 (28.8)	71.8 (19.4)	48.5 (24.1)	
		85+		51.5 (22.1)	29.8 (37.1)	39.2 (28.7)	43.8 (44.5)	59.7 (32.5)	63.9 (26.4)	71.2 (19.0)	46.5 (21.1)	
		70-74		55.8 (23.3)	42.3 (42.6)	55.9 (29.4)	55.6 (44.2)	72.7 (30.2)	60.1 (28.3)	68.1 (20.2)	51.9 (22.6)	
		75-79		52.6 (22.4)	34.3 (40.5)	45.9 (28.9)	46.8 (45.0)	66.5 (31.9)	57.7 (28.2)	66.8 (19.3)	47.6 (21.5)	
		80-84	F	47.7 (22.4)	28.5 (38.5)	36.6 (29.3)	41.4 (43.6)	56.3 (33.2)	52.5 (29.5)	64.7 (19.9)	42.1 (21.7)	
		85+		44.4 (21.4)	21.0 (34.0)	23.8 (25.0)	39.9 (45.4)	44.5 (33.1)	48.8 (29.7)	63.9 (21.6)	37.0 (21.7)	
		80-94 Anos		62.4 (26.5)	46.2 (46.0)	47.2 (32.5)	68.3 (42.5)	69.3 (35.2)	54.3 (30.1)	73.7 (28.0)	62.6 (27.1)	
Argentina	Ayama, Rodrigues, Silva, & Feriencic, 2009	N=20	80-94 Anos	62.4 (26.5)	46.2 (46.0)	47.2 (32.5)	68.3 (42.5)	69.3 (35.2)	54.3 (30.1)	73.7 (28.0)	62.6 (27.1)	
		M= 6	85.2	67.1 (20.0)	45.8 (43.0)	47.5 (25.0)	83.3 (27.8)	89.5 (16.6)	71.5 (19.7)	95.3 (27.6)	75.0 (11.8)	
		F=14	83.2	60.3 (29.3)	46.4 (48.8)	47.1 (34.8)	61.9 (37.9)	60.7 (37.9)	47.0 (31.4)	64.4 (28.0)	57.3 (30.4)	
Austrália	Pollicino & Saltman, 2000	N=328	76.10 (6.69)	59.35 (19.17)	31.40 (36.17)	46.10 (25.40)	80.69 (33.59)	54.65 (31.80)	54.62 (33.75)	76.06 (20.77)	49.70 (24.51)	
França	Sabbah, Drouby, Sabbah, Retel-Rude, & Mercier, 2003	N= 78	60+	56.5 (25.5)	42.6 (43.8)	56.1 (22.8)	42.0 (46.3)	57.7 (35.0)	56.6 (36.5)	55.0 (24.1)	51.7 (25.3)	
Espanha	López-Garcia et al., 2003	70-74	M	59.0 (22.1)	77.5 (41.5)	73.3 (27.0)	92.1 (25.9)	85.0 (25.8)	75.3 (28.7)	74.8 (19.3)	66.5 (23.4)	
			F	52.7 (18.6)	63.1 (25.1)	80.6 (32.7)	76.5 (24.7)	61.0 (27.0)	62.7 (20.4)	56.3 (21.5)		
		75-79	M	56.5 (21.8)	76.1 (41.9)	68.5 (29.8)	89.6 (28.2)	82.6 (26.3)	72.4 (27.5)	73.3 (21.4)	63.4 (24.9)	
			F	53.1 (19.3)	69.0 (38.8)	58.3 (25.6)	79.8 (33.0)	72.9 (27.1)	61.7 (27.0)	63.1 (20.4)	55.4 (22.3)	
		80-84	M	55.1 (21.5)	71.0 (43.6)	57.0 (30.8)	87.6 (31.8)	77.1 (30.5)	71.2 (32.3)	72.8 (19.7)	58.5 (25.9)	
			F	51.2 (21.4)	59.2 (47.5)	46.7 (33.0)	79.3 (37.9)	70.6 (32.9)	61.0 (31.0)	61.2 (23.2)	52.3 (25.5)	
			M	56.1 (26.1)	69.0 (50.5)	54.2 (34.5)	83.1 (39.7)	75.3 (35.3)	70.8 (30.8)	76.3 (24.1)	59.0 (29.5)	
		>85	F	49.3 (21.4)	54.2 (47.9)	34.9 (30.0)	72.5 (42.1)	62.7 (34.8)	58.8 (34.6)	62.2 (22.3)	47.2 (24.4)	

Tabela 7. Compilação de Estudos com SF36 (3ª parte)

País	Autor/Ano	Amostra	Idade	SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT	
Portugal	Ferreira & Santana, 2003	N=96	55-64	44.0 (15.9)	55.6 (26.2)	61.5 (24.7)	63.6 (25.4)	65.8 (26.4)	49.8 (23.5)	64.1 (15.7)	44.8 (24.9)	
	Lopes, 2004	N=106 Rural= 60 Urbano=58	79.8 (5.6) 77.4 (8.1)	46.6 (22.6) 51.0 (25.0)	38.3 (42.8) 21.1 (37.4)	53.0 (34.7) 38.5 (29.9)	47.7 (41.7) 44.8 (47.3)	59.3 (28.3) 58.1 (29.6)	45.8 (29.3) 55.0 (34.0)	44.9 (28.6) 48.2 (28.7)	45.9 (27.1) 54.2 (25.1)	
	Teixeira, 2005	Ativos= 41 Não Ativos= 35	60-79	49.1 (8.6) 46.9 (7.9)	78.3 (20.1) 50.8 (21.2)	75.2 (16.1) 55.7 (17.8)	68.0 (17.8) 54.5 (25.5)	75.9 (17.7) 61.4 (18.0)	65.2 (24.2) 54.0 (21.1)	51.9 (14.9) 45.6 (13.1)	55.3 (11.4) 46.0 (10.3)	
	Severo, Santos, Lopes, & Barros, 2006	N= 1446	18 a mais de 65 anos	59.45 (19.8)	76.6 (26.1)	75.3 (23.5)	76.8 (25.7)	76.0 (24.1)	65.7 (26.2)	56.1 (22.8)	57.2 (21.0)	
	Mota, Ribeiro, Carvalho, & Matos, 2006	Ativos= 46 Não ativos= 42		69.6 (4.2) 71.7 (4.5)	66.1 (15.4) 45.3 (18.3)	85.3 (19.9) 63.2 (23.9)	81.8 (14.6) 58.7 (23.6)	83.8 (21.7) 62.5 (26.0)	86.1 (20.9) 74.4 (25.1)	70.8 (25.8) 53.5 (30.8)	74.3 (25.4) 50.7 (25.8)	72.6 (21.9) 54.4 (27.0)
	Santos & Pereira, 2008	N= 192	19-77 Anos	57.9 (19.4)	73.20 (34.7)	83.4 (18.4)	65.9 (38.7)	73.9 (24.7)	65.4 (24.2)	62.1 (22.3)	57.1 (21.1)	
	Wanderley et al., 2011	N= 85 M= 21 F= 64		68.0 (5.5) 68.6 (5.5) 67.8 (5.5)	61.7 (16.3) 65.4 (16.6) 60.4 (16.5)	83.1 (31.9) 89.7 (29.4) 80.9 (32.6)	76.6 (20.4) 82.1 (19.5) 74.8 (20.5)	79.4 (32.1) 80.4 (31.3) 79.1 (32.6)	89.0 (16.2) 90.4 (15.0) 88.5 (16.7)	66.5 (24.9) 69.1 (26.2) 65.7 (24.7)	69.1 (21.2) 78.9 (15.2) 65.8 (22.0)	65.4 (20.4) 71.8 (16.9) 63.2 (21.1)
	Ferreira et al., 2012	N= 1500	Entre 18 e 70+ anos	59.55 (15.36)	78.44 (25.63)	80.16 (24.67)	79.83 (24.71)	79.96 (23.38)	71.44 (24.27)	72.97 (23.27)	63.00 (23.06)	
	Pontedeira, 2012	N= 39 M = 14 F = 25		76.97 (5.11) 77.07 (4.90) 76.92 (5.32)	69.62 (13.79) 76.90 (12.35) 65.54 (12.74)	85.26 (16.19) 92.86 (16.96) 81.00 (14.38)	74.87 (24.56) 89.29 (19.79) 66.80 (23.54)					
	Alves, 2011	Total= 78 M= 25 F= 53		77.9 (5.3) 78.7 (5.7) 77.6 (5.1)	44.47 (16.93) 50.52 (15.74) 41.62 (16.87)	48.55 (21.68) 54.12 (30.77) 45.92 (26.00)	57.44 (25.13) 69.00 (26.93) 51.98 (22.50)	65.77 (24.29) 69.36 (26.20) 64.08 (23.4)	66.14 (30.26) 71.36 (29.01) 63.68 (30.79)	59.62 (25.09) 68.28 (25.33) 55.53 (24.15)	61.67 (19.43) 67.2 (21.94) 59.06 (17.76)	50.87 (21.4) 60.16 (18.10) 46.49 (21.59)
	Correia, 2012	Instituição = 51 Comunidade= 56	Entre 65 e 96 anos	44.96 (16.5) 47.00 (17.26)	33.33 (45.18) 55.45 (46.81)	27.15 (23.83) 59.54 (28.88)	43.13 (49.12) 66.66 (43.50)	44.36 (25.03) 71.59 (24.23)	40.66 (27.58) 51.05 (26.12)	46.90 (18.84) 64.87 (21.07)	37.64 (17.58) 50.45 (21.82)	
	Praça, 2012	N= 130 N=107 N= 17	65-74 anos > 85 anos > 85 anos	40.2 (19.2) 34.9 (19.7) 42.9 (22.0)	51.1 (22.7) 42.6 (26.7) 37.5 (28.7)	52.9 (25.5) 38.6 (27.2) 31.5 (26.3)	56.8 (25.1) 53.0 (27.2) 55.4 (29.9)	65.8 (21.8) 61.5 (23.7) 67.1 (22.0)	55.9 (26.1) 50.1 (26.3) 51.4 (27.6)	55.7 (22.7) 52.9 (20.2) 59.1 (18.0)	44.7 (19.9) 37.0 (21.1) 40.2 (19.5)	
	Pinheiro, 2013	N= 108 M= 32 F= 76		79.2 (6.3) 79.3 (6.7) 79.1 (6.2)	47.4 (15.9) 50.5 (13.6) 46.0 (16.6)	53.6 (31.9) 60.2 (34.3) 50.8 (30.6)	49.5 (30.8) 57.1 (30.3) 46.4 (30.6)					

Nota: F - Feminino; M – Masculino; SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho emocional; FS – Função Social; DC - Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade

### 1.3. Da promoção de saúde ao planeamento em saúde participado

Os primeiros passos dados na promoção da saúde foram apresentados pela OMS em 1977, com a proposta de uma saúde para todos até ao ano 2000. A 12 de Setembro de 1978, em Alma-Ata (Cazaquistão), realizou-se uma Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários da qual resultou a “Declaração de Alma-Ata” onde se reafirmou que a saúde:

*“ (...) é um direito humano fundamental, e a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do sector da saúde, a ação de muitos outros sectores sociais e económicos.” in Declaração Alma-Ata, 1978, pág.1.*

Em 1986, com a primeira conferência internacional sobre promoção para a saúde, é aprovada uma carta que contém orientações para “uma saúde para todos até ao ano 2000” e seguintes. Nesta Carta é definido o conceito de promoção da Saúde como um *[Processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para se atingir um bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio]* (Carta de Ottawa, 1986, pág.1).

Além disso a Carta de Ottawa frisava que *[A promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade estabelecendo prioridades tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde]* (Carta de Ottawa, 1986, pág.6).

Salienta ainda que estas afirmações em conjunto com a Declaração de Alma-Ata devem conduzir *[todos os governos a formular políticas, estratégias e plano nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados de saúde primários em coordenação com outros setores]* (Declaração Alma-Ata, 1978, pág.4) e que *[é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde]* (Declaração Alma-Ata, 1978, pág.2).

Também a Carta de Ottawa reforça a centralidade e a imprescindibilidade da participação do cidadão nos processos de intervenção individuais coletivos ao introduzir o conceito de “*empowerment*”, ou seja em que a comunidade e indivíduos estejam no centro do processo e que assumam controlo dos seus próprios esforços e destinos com vista a melhorar a saúde (Carta de Ottawa, 1986).

Em 1998 surge um documento da OMS, “Saúde para Todos”, cujo objetivo é a completa realização do potencial de saúde das pessoas na sua globalidade. Além disto tinha mais dois objetivos:

- Promover e proteger a saúde das pessoas ao longo das suas vidas.
- Reduzir a incidência das principais doenças e lesões e aliviar o sofrimento que estas causam.

Como valores básicos referia ainda que:

- A saúde é um direito humano fundamental.

- Equidade em saúde e solidariedade entre os países e seus habitantes.
- Participação e responsabilização dos indivíduos, grupos, instituições e comunidades para o contínuo desenvolvimento da saúde (WHO, 1998).

No entanto, e tendo em consideração que Portugal vive em regime democrático apenas desde 1974, só em 1979 é que é criado um Serviço Nacional de Saúde (SNS), universal, geral, passando mais tarde a ser tendencialmente gratuito (Assembleia República, 2005). Apenas em 1998, com a necessidade de acompanhar a política europeia, é que surge o primeiro marco da história de gestão do sistema de saúde em Portugal, com o documento “Saúde, um compromisso – A estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)” (Ministério da Saúde, 1998).

Este documento definia-se como um compromisso coletivo, com metas a médio e longo prazo, funcionando como instrumento de informação, comunicação e participação, promovendo o investimento e constituindo um quadro de referência para o estabelecimento de metas ao nível local (Ministério da Saúde, 1998). Esta foi a viragem necessária nas políticas de saúde, e sabendo que a política de saúde tem como finalidade procurar satisfazer as necessidades de saúde da população, torna-se necessário orientar caminhos lógicos que favoreçam as decisões permitindo cumprir as finalidades definidas. Esta orientação é conseguida através de um plano de saúde (Durán, 1989).

Assim, os Estados sentiram necessidade de criar organizações responsáveis pela saúde das populações, procurando melhorar a sua saúde, através da promoção e prevenção da saúde aos diferentes níveis. Desta forma percebe-se que a política incide sobre “o que fazer”, e o plano sobre “como fazer”. Para responder a essa necessidade é essencial que um plano seja coerente (racional e que inclua todas as variáveis que descrevam a realidade), viável (que seja ajustado de acordo com as condições) e eficaz (que atinge os objetivos) (Durán, 1989; Imperatori & Giraldes, 1986).

Para a elaboração de um Plano de Saúde é necessário ter em conta que este deve ser voltado para o futuro; é um processo contínuo, sistémico, multidisciplinar, dinâmico e permanente; pretende racionalidade na tomada de decisão; é uma técnica para absorver a incerteza no futuro; e implica uma relação de causalidade entre ação tomada e os resultados determinados (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990).

Neste sentido, o planeamento em saúde visa:

*“(...) a racionalização na utilização de recursos escassos, com vista a atingir objetivos fixados, por forma a reduzir problemas considerados prioritários.” in Imperatori & Giraldes, 1986, pág.6.*

O processo de planeamento inclui várias etapas (Figura 4), sendo importante que se cumpram todas elas.

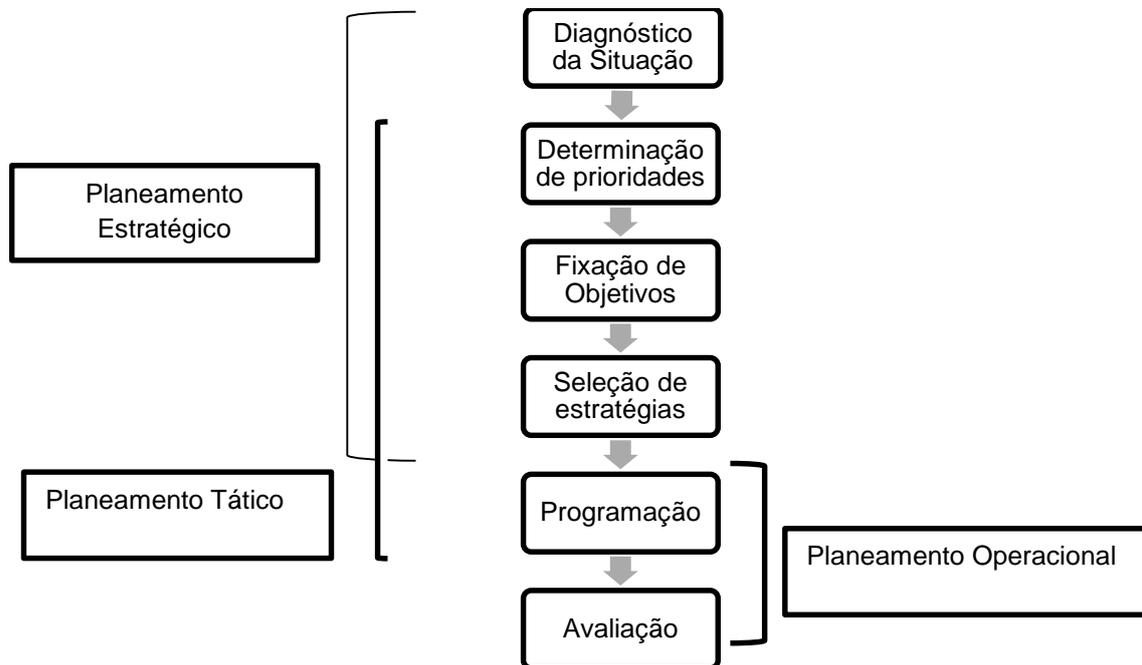


Figura 4. Etapas do Planeamento em Saúde

Fonte: Imperatori & Giraldes (1986) e Tavares (1990)

A primeira etapa corresponde ao diagnóstico da situação. Este diagnóstico deve corresponder às necessidades de saúde das populações, ou seja deve ser centrado no cidadão. Só a partir da definição do diagnóstico é que é possível começar a atuação. Este diagnóstico é um processo dinâmico, nunca acaba, é uma atividade permanente, resultado das modificações contínuas da realidade e do facto do planeamento ser um processo contínuo, cíclico, onde o diagnóstico da situação se relaciona com a etapa de avaliação e com o progressivo melhor conhecimento da situação. Não se volta ao ponto de partida inicial mas a um ponto de partida aperfeiçoado (Durán, 1989; Imperatori & Giraldes, 1986; Pineault & Daveluy, 1986; Tavares, 1990). Devido ao facto da realidade sofrer alterações, e sendo estas difíceis de mensurar, torna-se primordial que não se considere esta etapa como eterna mas sim acessível a aperfeiçoamentos. Considerando as alterações da realidade é fundamental que o diagnóstico seja suficientemente rápido, para permitir uma ação em tempo útil, aprofundado para que as soluções sejam pertinentes (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990).

A segunda etapa é a determinação de prioridades e trata-se de um processo de tomada de decisão, que, através da concordância entre o diagnóstico e as necessidades, determina a pertinência do Plano, Programas e Atividades. Esta etapa procura então selecionar prioridades, procurando saber que problemas se devem selecionar em primeiro lugar, através de critérios desde dimensão do problema, repercussão na sociedade e economia, assim como recursos disponíveis para a otimização dos resultados (Durán, 1989; Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990).

Uma vez que a seleção de critérios depende do planificador, esta etapa pode facilmente tornar-se subjetiva, no entanto ela deve ser tão objetiva quanto possível (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990).

A terceira etapa é a fixação de objetivos e importa definir objetivo:

*“Resultados visados em termos do que se pretende para o alvo da nossa intervenção, através da implementação de projetos e de programas, que no seu conjunto formam os planos”* in Tavares, 1990, pág.113.

Os objetivos devem ser bem formulados contendo critérios que permitam avaliar o grau de sucesso de um projeto, a adequação entre finalidade da sua implementação e expectativas da população alvo, devendo conter também elementos necessários à tomada de decisão. Desta forma os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, ou seja devem ser adequados, exatos, alcançáveis e que permitam avaliação posterior, tencionando ser geradores de mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990).

Os objetivos podem ainda ser gerais, específicos ou operacionais.

- O objetivo geral refere-se à situação que se pretende atingir, devendo ser formulado de uma forma genérica.
- Os objetivos específicos detalham e especificam aspetos dessa situação, traduzindo-se em indicadores.
- Os objetivos operacionais ou metas são os resultados apontados pela equipa do projeto, isto é, os resultados desejáveis das suas atividades (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990).

Posterior à fixação de objetivos, é a fase de seleção de estratégias, sendo esta uma etapa fundamental no processo de planeamento, em que se pretende propor formas de atuação através de um conjunto de técnicas e processos, organizadas com o fim de serem atingidos os objetivos fixados, considerando a tendência natural dos problemas. A definição de estratégias exige grande criatividade dos planificadores devendo incluir os passos para seleção e conceção da estratégia a adotar, de forma detalhada (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990).

A penúltima etapa diz respeito á programação, ou seja planejar operacionalmente a execução do projeto. Importa então distinguir os diferentes conceitos O plano é todo o conjunto de programas e projetos, podendo ser nacional, regional ou local, que pretendem contribuir para alcançar os objetivos propostos. Um programa é um conjunto de atividades com período de tempo bem delimitado que visam obter resultados específicos, colaborando para a execução estratégica do plano. Um projeto é igualmente um conjunto de atividades no entanto com um período de tempo inferior aos programas, com o intuito de contribuir para um resultado específico e colaborando para a execução do programa (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990). Nesta etapa é importante especificar responsabilidades, calendários de execução e cronogramas.

Por fim a última etapa diz respeito à avaliação permitindo avaliar o desenvolvimento e resultados do projeto. Desta forma a avaliação procura determinar, de forma sistemática e objetiva, a relevância, a eficácia e o impacto de uma intervenção, ou outras atividades, em comparação com os objetivos estabelecidos. Além disso a avaliação conduz à produção de novos conhecimentos, produz um juízo de valor sobre o programa ou projeto, leva à aprendizagem e transmite feedback (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990).

O planeamento pode ser classificado segundo uma abordagem racional ou pragmática. Segundo Tavares (1990), a abordagem racional é principalmente técnica e objetiva, em que o papel do perito é de extrema importância e em que o plano é elaborado de forma ideal e não tendo em conta constrangimentos. Na abordagem pragmática o planeamento é do tipo participativo utilizando métodos subjetivos, em que o papel do perito é de menor importância e onde o plano é elaborado tendo em conta possíveis constrangimentos (Tavares, 1990, pág.34).

Uma vez que o cidadão é o centro do sistema de saúde, e que este deve responder às suas necessidades (Ministério da Saúde, 2012b), importa não só a utilização de métodos objetivos, que quantifiquem a saúde da população portuguesa, mas também métodos que objetivem a componente subjetiva da saúde, nomeadamente a perceção das próprias pessoas quanto à sua saúde – Qualidade de vida relacionada com a saúde.

O Primeiro Plano Nacional de Saúde (PNS), desenvolvido pelo Alto Comissariado da Saúde, surge em Portugal no ano de 2004 e tinha como linha temporal de ação o período compreendido entre os anos de 2004 e 2010 (Ministério da Saúde, 2004a). Este documento apresentava-se como um “fio condutor” entre o Ministério da Saúde e os restantes setores com o intuito de “mais saúde para todos” e obter ganhos em saúde. O PNS 2004-2010 definia assim “orientações estratégicas com a finalidade de sustentar, política, técnica e financeiramente, uma vontade nacional”. Contemplava três grandes objetivos estratégicos:

- Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases da vida.
- Utilizar instrumentos necessários e centrados na mudança do cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação.
- Garantir mecanismos adequados para a efetividade, acompanhamento e atualização do plano (Ministério da Saúde, 2004a).

Este PNS, tendo em consideração a dinâmica do planeamento em saúde, previa 3 fases:

Fase 1 – Definição da estrutura do plano e objetivos globais, especificando meta e estratégias.

Fase 2 – lançamento do plano e operacionalização das estruturas e processos.

Fase 3 – monitorização da execução do plano (Ministério da Saúde, 2004a).

Um dos programas desenvolvidos no decurso do PNS 2004-2010 foi o programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Este programa, que tinha como população-alvo as pessoas com mais de 65 anos, pretendia até 2010 cumprir os objetivos de promover um envelhecimento ativo, adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas e promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores (Ministério da Saúde, 2004b).

Este programa foi avaliado segundo uma série de indicadores de proporção (exemplo: proporção de pessoas idosas que comem sem ajuda ou com pequena ajuda) (Ministério da Saúde, 2004b).

Em 2010, na sequência da avaliação do PNS 2004-2010 pela OMS, são enumerados alguns aspetos positivos e aspetos a melhorar. Como aspetos positivos referenciam a participação alargada dos intervenientes do sistema de saúde, o consenso quanto às prioridades e o compromisso político estável e alargado. Relativamente a aspetos a melhorar são enumerado a inclusão de opções de suporte á sustentabilidade, hierarquização de indicadores e metas permitindo maior clareza no estabelecimento de prioridades e definição do processo de cálculo de medas e atribuição de ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2012h).

Além disso a OMS verificou, em 2010, que metade dos indicadores do PNS tinham atingido as metas propostas ou iriam atingir até ao final desse ano. Assim, o PNS 2012-2016 começou a ser elaborado em 2010 e teve como pontos de partida os documentos enumerados tabela 8.

Tabela 8. Documentos base para o Planeamento em Saúde.

<b>Nível Internacional</b>	<b>Nível Nacional</b>	<b>Nível Regional</b>
<b>Saúde para todos no ano 2000 (OMS)</b>	Saúde um compromisso – Estratégia de saúde para o virar do Século 1998-2002	Plano Regional da Administração Regional de Saúde Norte (2008/2010)
<b>Juntos para a Saúde: uma abordagem estratégica para a União Europeia (2008- 2013)</b>	PNS 2004-2010	Perfis Regionais de Saúde <sup>2</sup>
<b>Estratégia Europa 2020: Estratégia para um crescimento inteligente sustentável e inclusivo (2010)</b>		

Fonte: Ministério da Saúde (2012h)

<sup>2</sup> Os Perfis Regionais de Saúde são documentos técnicos que pretendem de uma forma fácil e acessível retratar as Regiões do País em termos de saúde (Departamento de Saúde Pública ARS Norte).

O atual PNS tem como visão “maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis” (Ministério da Saúde, 2012h, pág.5). Entendem-se como ganhos em saúde “os resultados positivos em indicadores da saúde e incluem referências sobre a respetiva evolução” (Ministério da Saúde, 2012f, pág.2), sabendo que os ganhos em saúde têm carácter multidimensional e devem incluir aspetos relacionados com mortalidade, mobilidade, incapacidade e auto percepção da saúde (Ministério da Saúde, 2012e).

O PNS 2012-2016 tem por missão [afirmar os valores e princípios que suportam a identidade do sistema de saúde e reforçar a coerência do sistema em torno destes; Clarificar e consolidar entendimentos comuns, que facilitem a integração de esforços e a valorização dos agentes na obtenção de ganhos e valor em saúde; Enquadrar e articular os vários níveis de decisão estratégica e operacional em torno dos objetivos do sistema de saúde; Criar e sustentar uma expectativa de desenvolvimento do sistema de saúde, através de orientações e propostas de ação; Ser referência e permitir a monitorização e avaliação da adequação, desempenho e desenvolvimento do sistema de saúde] (Ministério da Saúde, 2012h, pág.5).

Os princípios do PNS são a “transparência e a responsabilização, o envolvimento e participação de todos os intervenientes, a redução das iniquidades em saúde (promoção da equidade e justiça social) a integração e continuidade dos cuidados e a sustentabilidade” (Ministério da Saúde, 2012h, pág.10).

Como valores o PNS enumera a universalidade (nenhum cidadão pode ser excluído do acesso aos cuidados), o acesso a cuidados de qualidade, a equidade (todos têm idêntico acesso aos cuidados e à obtenção de resultados em saúde, de acordo com as necessidades), a solidariedade, a justiça social (igualdade de direitos e deveres de cada cidadão), a capacitação do cidadão para que este possa gerir a sua própria saúde, a prestação de cuidados de saúde centrados nas necessidades da pessoa, o respeito pela pessoa humana, a solicitude (zelar de forma ativa e com qualidade pelas necessidades de bem-estar e de cuidados) e a decisão apoiada na evidência científica (utilizar a evidência científica e a inovação nos processos de melhoria contínua) (Ministério da Saúde, 2012h, pág. 10).

O PNS 2012-2016 salienta que para se conseguirem políticas saudáveis em concordância com a visão do plano de saúde, todos os níveis de planeamento (nacional, local ou regional) têm a capacidade e responsabilidade de monitorizar o estado de saúde das populações, através de indicadores, incluindo ações de melhoria (Ministério da Saúde, 2012d).

Um dos recursos para a promoção de contextos favoráveis à saúde é a avaliação do estado de saúde. Para os idosos, o PNS refere algumas recomendações de intervenção a considerar tais como a promoção de autonomia, combate à exclusão/isolamento social, entre outras (Ministério da Saúde, 2012c).

Uma vez que o cidadão é o centro do sistema de saúde este deve responder às suas necessidades (Ministério da Saúde, 2012b). Tendo em conta que os programas e atividades de

saúde têm como objetivo melhorar a saúde das pessoas, é de todo o interesse que se desenvolvam métodos que quantifiquem a saúde dos indivíduos e da população (Torrance, 1986). Desta forma, a avaliação do estado de saúde por parte da população é um dos indicadores do grupo de “estado de saúde e desempenho do Sistema de Saúde”, do subgrupo “bem-estar” (Ministério da Saúde, 2012g).

Dispõe-se, atualmente, de um conjunto de medidas, instrumentos e técnicas que permitem a avaliação do estado de saúde da população, numa lógica de complementaridade entre as perspetivas mais objetivas e as que decorrem da perceção das pessoas em relação aos seus processos de saúde-doença. É neste contexto, que conceitos como a QdVRS são cada vez mais mobilizados na medição em saúde quer na investigação quer no planeamento em saúde, sendo considerado um indicador de saúde e preditor de mortalidade especialmente nos idosos (Ferreira & Ferreira, 2006; Lima et al., 2009).

Sabendo que os idosos são um grupo vulnerável às desigualdades em saúde e que com a situação de crise social e económica, os serviços de saúde ganham maior relevância e maior procura (Ministério da Saúde, 2012a), torna-se fundamental que os serviços de saúde estejam mais acessíveis e de acordo com as necessidades da população. Para isso é fundamental um acesso adequado que reduza essas desigualdades (Ministério da Saúde, 2012a). Para um acesso adequado encontram-se relacionadas várias dimensões como: procura adequada de serviços (em consequência da perceção de saúde), qualidades dos serviços, disponibilidade/oferta, custos diretos/indiretos, aceitação e proximidade (distribuição geográfica) (Ministério da Saúde, 2012a).

Os perfis locais de saúde - documentos com o intuito de proporcionar um conhecimento rápido sobre a saúde da população da área geográfica da Unidades Local de Saúde (ULS) – são construídos para apoiar a tomada de decisão e intervenção com vista na melhoria da saúde da ULS (Departamento de Saúde Pública ARS Norte). Desta forma surge o interesse de fazer da auto perceção do estado de saúde, assim como o acesso (distribuição geográfica), alvo desta investigação, contribuindo para a análise da saúde da população idosa, tendo em consideração quer o levantamento de necessidades, quer uma perspetiva de promoção de contextos saudáveis, de forma a contribuir para o planeamento, mas concretamente no perfil local de saúde do Alto Minho.



## **1. Metodologia**

Este capítulo encontra-se subdividido em 8 partes relacionadas entre si. Na primeira parte apresentam-se as finalidades e os objetivos do estudo. Na segunda é apresentado o tipo de estudo. Na terceira é feita a caracterização do universo do estudo. Na quarta apresenta-se as variáveis em estudo. Na quinta são enumeradas as hipóteses em estudo. Na sexta são referidos os instrumentos de recolha de informação. Na sétima descrevem-se os procedimentos efetuados e aspetos éticos. Na oitava e última parte apresenta-se o tratamento a forma de análise dos dados obtidos.

### **1.1. Finalidade e Objetivos**

Tendo como ponto de partida a revisão de literatura efetuada e os aspetos nela realçados, torna-se fundamental elucidar sobre finalidades, objetivos, geral e específicos, e hipóteses da investigação. Assim, este estudo tem como finalidades:

- Contribuir para o perfil de saúde e para o planeamento estratégico da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), tendo por base também a perceção dos idosos sobre a sua saúde.
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população idosa do Alto Minho.

Como objetivo geral propomo-nos a avaliar o estado de saúde dos idosos do Alto Minho e como objetivos específicos pretendemos:

- Descrever e analisar a perceção de saúde dos idosos com 70 anos ou mais.
- Conhecer e comparar a qualidade de vida dos concelhos do distrito de Viana do Castelo;
- Comparar o estado de saúde dos idosos por sexo, estado civil e escalão etário (septuagenários, octogenários e nonagenários).
- Analisar o estado de saúde em função da prática sistemática ou não de atividade física.
- Comparar a perceção do estado de saúde dos idosos em função do local de residência, quer instituição/comunidade, quer rural/urbano.
- Analisar a influência da distância da residência à Unidade de saúde e Hospital de referência no estado de saúde dos idosos.

### **1.2. Tipo de estudo**

Este estudo emerge do projeto de investigação “Estado de Saúde e Atividade Física da População Idosa do Alto Minho”, sediado na Escola Superior de Desporto e Lazer de Melgaço – Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESDL- IPVC), financiado por Fundos: Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), através do Programa Operacional Fatores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projeto «PTDC/DTD-DES/0209/2012». O Investigador principal pelo projeto é o Professor Doutor Pedro Bezerra, responsável por uma equipa da qual pertencem juntamente com outros investigadores.

Este projeto pretende avaliar o estado de saúde e aptidão física, perceber a relação entre atividade física (através de testes físicos nomeadamente, força manual, força da perna (extensão do joelho), medição da pressão arterial, medidas antropométricas e teste dos 6 minutos a andar), auto percepção do estado de saúde (através do questionário de auto percepção do estado de saúde 36- *item short form* versão 2 - SF36v2) e marcadores biológicos, da população idosa do distrito de Viana do Castelo com mais de 70 anos. O Estudo a ser desenvolvido para obtenção do grau de mestre em Gestão da Organizações – Ramo Gestão de Unidades de Saúde irá recair apenas sobre a percepção do estado de saúde.

Trata-se de um estudo observacional, uma vez que não há manipulação de variáveis ou intervenção direta com os indivíduos em estudo. Quanto à unidade de análise, o estudo recorre à população idosa do Alto Minho para avaliar a percepção do estado de saúde. Relativamente ao período de seguimento, é um estudo transversal retrospectivo, em que os dados foram recolhidos apenas num momento, entre Setembro e Dezembro de 2013. O presente estudo é descritivo e correlacional uma vez que pretende descrever as características da população através do tratamento e análise das variáveis em estudo, tendo em conta uma abordagem quantitativa (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006).

### 1.3.Universo do Estudo

A população alvo deste estudo são os idosos do Alto Minho, que tendo em conta os dados fornecidos pelos Censos de 2011 são aproximadamente 42129 com idade igual ou superior a 70 anos, com a seguinte distribuição por concelho (Tabela 9) (I.N.E., 2012).

Tabela 9. População residente e número de idosos, por concelho, no distrito de Viana do Castelo.

Concelho	População Residente	Número de Idosos
<b>Melgaço</b>	9213	2578
<b>Monção</b>	19230	4178
<b>Valença</b>	14127	2315
<b>Vila Nova de</b>	9253	1556
<b>Paredes de Coura</b>	9198	1914
<b>Caminha</b>	16684	2791
<b>Ponte da Barca</b>	12061	2185
<b>Arcos de Valdevez</b>	22847	5510
<b>Ponte de Lima</b>	43498	6455
<b>Viana do Castelo</b>	88725	12647

De modo a obter uma amostra representativa da população foi calculada uma amostra inicial através da seguinte fórmula (Systems, 2012):

$$n = \frac{Z^2 * (p) * (1 - p)}{C^2}$$

em que n= tamanho da amostra; Z= valor Z (1.96 uma vez escolhido um nível de confiança de 95%); p= percentagem de escolher uma opção (0,5 utilizado para tamanho de amostra necessário); C= erro máximo permitido de 3% (expresso em casas decimais).

Através deste cálculo obteve-se uma amostra inicial de 1067 idosos. No entanto, tratando-se de uma população finita, foi necessário ajustar este valor através da seguinte fórmula (Systems, 2012):

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{pop}}$$

em que n'= 1067 e Pop= 42129.

A amostra final ajustada para este estudo é de 1041 idosos.

De modo a obter uma amostra proporcional estratificada por concelho calculou-se a percentagem (2,47%) de idosos necessários por concelho de modo a obter uma representação por igual dos 10 concelhos do distrito de Viana do Castelo (Tabela 10):

Tabela 10. Amostra pretendida por concelho

<b>Concelho</b>	<b>Idosos (nº representativo)</b>
<b>Melgaço</b>	64
<b>Monção</b>	103
<b>Valença</b>	57
<b>Vila Nova de Cerveira</b>	38
<b>Paredes de Coura</b>	47
<b>Caminha</b>	69
<b>Ponte da Barca</b>	54
<b>Arcos de Valdevez</b>	136
<b>Ponte de Lima</b>	159
<b>Viana do Castelo</b>	312

Os critérios de inclusão e exclusão foram previamente determinados pelo projeto “Estado de Saúde e Atividade Física da População Idosa do Alto Minho”. Desta forma os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 70 anos e residir no distrito de Viana do Castelo; Como critérios de exclusão foram considerados as seguintes condições: não assinatura do consentimento informado pelo idoso ou testemunha, ter dependência motora, patologias do foro neurológico ou ortopédico e incapacidade visual menor que 20%.

### 1.3.1. Contextualização do Estudo

A área geográfica em estudo é o distrito de Viana do Castelo, composto por 10 concelhos (Figura 5): Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.



Figura 5. Distrito de Viana do Castelo

Fonte: Departamento de Saúde Pública ARS Norte (2012)

Tendo como foco contribuir para o planeamento em saúde da ULSAM. E.P.E destaca-se que esta é composta pelo Agrupamento de Centros de saúde do Alto Minho e o Centro Hospitalar do Alto Minho (que integra o Hospital de Santa Luzia e o Hospital Conde Bertiandos) e as unidades de Convalescença de Valença e Arcos de Valdevez. Desta forma importa referir a distribuição funcional de saúde, hospitais e centros de saúde, por concelho (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição das Unidades de Saúde e Hospitais, do distrito de Viana do Castelo, por concelho.

Concelhos	US	SUB	Hospital	Extensão
Melgaço*	1	-	-	-
Monção*	1	1	-	1
Valença	1	-	-	-
Vila Nova de Cerveira*	1	-	-	1
Paredes de Coura*	1	-	-	-
Caminha*	2	-	-	-
Ponte da Barca*	1	-	-	-
Arcos de Valdevez*	2	-	-	2
Ponte de Lima*	4	-	1	4
Viana do Castelo*	4	-	1	11

Nota: US – Unidade de Saúde | SUB – Serviço de Urgência Básica | \* Integra Unidade de Saúde Familiar e/ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidade de Cuidados Continuados.

Fonte: Ministério da Saúde.

Relativamente a Hospitais, no Distrito de Viana do Castelo existem dois: Hospital Santa Luzia (no concelho de Viana) e Hospital Conde Bertiandos (no concelho e Ponte de Lima). Este último tem como área de influência das urgências básicas, os concelhos de Ponte de Lima, Arcos de Valdevez, Paredes de Coura e Ponte da Barca. O Hospital de Santa Luzia tem como área de

influência, também em termos de atendimento em situação de urgência, os restantes seis concelhos (Ministério da Saúde).

Assim, os concelhos de Melgaço, Paredes de Coura, Ponte da Barca e Valença possuem uma Unidade de Saúde no entanto nenhuma Extensão de Saúde. No concelho de Monção existe uma Unidade de Saúde, um Serviço de Urgência Básica (que abrange os concelhos de Melgaço, Monção e Valença), e uma Extensão de Saúde na freguesia de Tangil. Em Vila Nova de Cerveira existe uma Unidade de Saúde, e uma Extensão de Saúde na freguesia de Covas (Ministério da Saúde).

O concelho de Caminha e Arcos de Valdevez detêm duas Unidades de Saúde, no entanto Caminha não possui uma Extensão de Saúde ao contrário dos Arcos de Valdevez onde existem duas Extensões de Saúde, uma na freguesia de Loureda e outra no Soajo (Ministério da Saúde).

Os concelhos de Ponte de Lima e Viana do Castelo são aqueles com mais Unidades e Extensões de saúde. Em Ponte de Lima existem quatro Unidades de Saúde e quatro Extensões de Saúde (extensão de saúde de Fontão, extensão de saúde de Moreira do Lima, extensão de saúde de Refoios de Lima e extensão de saúde de São Martinho da Gandra) (Ministério da Saúde). O concelho de Viana do Castelo detém quatro Unidades de Saúde e onze Extensões de Saúde, distribuídas pelas freguesias de Afife, Anha, Alvarães, Carreço, Castelo de Neiva, Chafé, Geraz do Lima, Lanheses, Meadela, Santa Maria Maior e Vila Franca (Ministério da Saúde).

#### **1.4.Variáveis**

Uma variável é definida como uma “propriedade que uma variação tem em poder ser medida ou observada” (Sampieri et al., 2006, pág.121). Este estudo terá como variável dependente a perceção do estado de saúde que será mensurada através do score obtido pelo instrumento de recolha de informação como se pode constatar no ponto 1.6.1 deste capítulo. Como variáveis independentes considerámos as variáveis sociodemográficas e de informação geográfica cuja informação foi recolhida de acordo com o que consta no ponto 1.6.2 e 1.6.3 deste capítulo.

Na tabela 12 encontram-se discriminadas as variáveis utilizadas assim como a sua operacionalização.

Tabela 12. Variáveis em estudo

Tipo	Nome	Operacionalização	Tipo de Variável	
<b>Dependentes</b>	<b>Percepção do Estado de Saúde</b>	SG DF FF DE FS DC SM VT	0 a 100 %	Quantitativa
		Concelho	Melgaço Monção Valença Vila Nova de Cerveira Paredes de Coura Caminha Ponte da Barca Arcos de Valdevez Ponte de Lima Viana do Castelo	Qualitativa
<b>Independentes</b>	<b>Sociodemográficos</b>	Estado civil	Solteiro/a Casado/a Divorciado/a Viúvo/a	Qualitativa
		Sexo	Feminino Masculino	Qualitativa
		Idade	Septuagenários Octogenários Nonagenários	Qualitativa
	Residência	Instituição Comunidade	Qualitativa	
	Zona de habitação	Litoral Interior	Qualitativa	
	Prática de atividade física	Sim Não/inatividade	Qualitativa	
	<b>Informação Geográfica</b>	Distribuição geográfica	Predominantemente urbana Medianamente urbana Predominantemente rural	Qualitativa
		Distância à Unidade Funcional de Saúde	Quilómetros e minutos	Quantitativa
		Distância ao hospital de referência	Quilómetros e minutos	Quantitativa

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade.

## **1.5.Hipóteses**

Após definir os objetivos importa enumerar as diretrizes da pesquisa, nomeadamente as hipóteses do estudo. As hipóteses são então “proposições acerca das possíveis relações entre duas ou mais variáveis” (Sampieri et al., 2006, pág. 125). Tendo em consideração os objetivos deste trabalho, as hipóteses são:

- H1:** Existem diferenças na Perceção do Estado de Saúde, entre a população idosa, nos diferentes concelhos do Alto Minho.
- H2:** Existem diferenças na Perceção do Estado de Saúde, entre a população idosa, segundo os sexos.
- H3:** Existem diferenças na Perceção do Estado de Saúde, entre a população idosa, segundo o Estado Civil.
- H4:** Existem diferenças na Perceção do Estado de Saúde, entre a população idosa, nos diferentes escalões etários.
- H5:** Existem diferenças na Perceção do Estado de Saúde, entre a população idosa, segundo a pratica de atividade física sistemática.
- H6:** Existem diferenças na Perceção do Estado de Saúde, entre a população idosa, em função da distribuição geográfica.
- H7:** Existem diferenças na Perceção do Estado de Saúde, entre a população idosa, em função do local de residência (comunidade versus instituição).
- H8:** Existem correlações na Perceção do Estado de Saúde, entre a população idosa, em função da distância da sua residência, ao posto de saúde de referência.
- H9:** Existem correlações na Perceção do Estado de Saúde, entre a população idosa, em função distância da sua residência ao hospital de referência.

## **1.6.Instrumentos de Recolha de Informação**

De acordo com os objetivos traçados os instrumentos de recolha de informação selecionados para obtenção dos dados serão desenvolvidos nos subcapítulos seguintes.

### **1.6.1.Questionário de Avaliação do Estado de Saúde**

Neste estudo, o instrumento de recolha de informação para a perceção do estado de saúde é o questionário SF36<sub>v2</sub> (Anexo1). O SF36<sub>v2</sub> é um questionário composto por 36 itens que se distribuem em 8 domínios e que, ao contrário dos questionários iniciais de avaliação da qualidade de vida, permite não só avaliar aspetos físicos (componente física) mas também aspetos mentais (componente mental) (Pimentel, 2006).

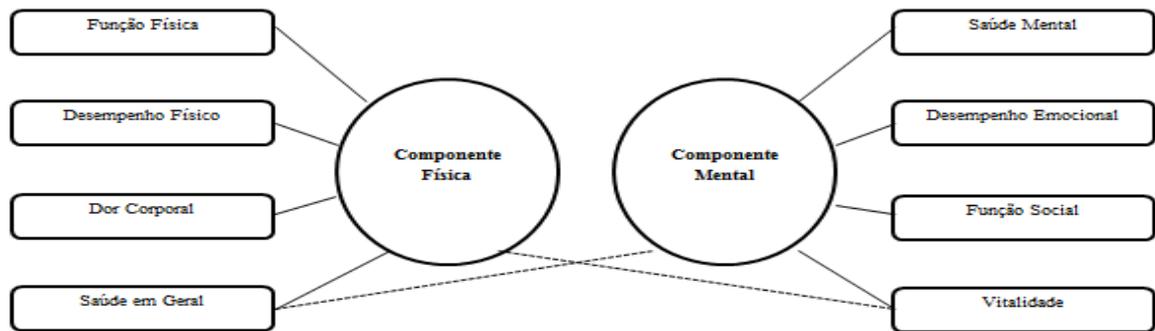


Figura 6. Componentes de avaliação do questionário SF36v2

Fonte: Ferreira, 1998

Os domínios são Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Dor Corporal (DC), Saúde Geral (SG), que constituem a Componente Física (CF), Vitalidade (VT), Função Social (FS), Desempenho Emocional (DE), Saúde Mental (SM), que constituem a Componente Mental (CM) (Figura 6). O questionário mede ainda a percepção da variação do estado de saúde através do seu item 2. O resultado é apresentado sob a forma de percentagem, podendo variar entre 0 e 100%, sendo que 0 indica uma pior percepção do estado de saúde e 100 uma melhor percepção (Ferreira, 1998, 2000a; Ferreira et al., 2012; Ferreira & Santana, 2003; Ware et al., 1998).

O domínio FF pretende medir a limitação para executar tarefas físicas menores tais como vestir-se, tarefas intermédias tais como subir escadas, andar a pé, ajoelhar-se ou pegar nas compras de mercearia e tarefas mais extenuantes como correr e levantar pesos. O domínio DF e DE pretendem medir a limitação do sujeito relativamente ao trabalho do dia-a-dia no que diz respeito ao tempo gasto, quantidade de trabalho e a dificuldade a realizar as tarefas. O domínio DC visa representar quer a intensidade da dor mas também a interferência que esta tem no trabalho do sujeito. O domínio SG pretende avaliar a percepção de saúde, a resistência à doença e aparência saudável do sujeito (Ferreira, 1998, 2000a; Ferreira & Santana, 2003).

O domínio VT inclui níveis de vitalidade e energia para identificar diferenças de bem-estar. A FS pretende aferir quer a quantidade e qualidade das funções sociais do sujeito mas também em que medida o seu estado de saúde interfere com as atividades sociais. Por fim a SM inclui questões sobre ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais e emocionais e o bem-estar psicológico (P.Ferreira, 1998, 2000a; Ferreira & Santana, 2003).

No que concerne às propriedades psicométricas do questionário SF36v2, este apresenta um *Alfa* de *Cronbach* entre 0.60 (função social) e 0.87 (função física e saúde geral), sendo considerado um instrumento fiável. Quanto à validade, o questionário SF36v2 apresenta relações entre cada item com a sua escala com valores de *r* sempre superiores a 0,4. Os Testes de consistência interna apresentam taxas de êxito geral entre 90% e 100% (exceção função social) e os testes de discriminação apresentam taxas de êxito geral de 56% a 100%. Para mais especificações das propriedades psicométricas do SF36v2 consultar Anexo 2.

### **1.6.2. Questionário Sociodemográfico**

A componente sociodemográfica foi construída pelos investigadores com o objetivo de melhor descrever, completar informação referente á amostra e procurar relações entre a percepção do estado de saúde. Esta informação foi recolhida sobre a forma de entrevista antes da aplicação do SF36<sub>v2</sub>, sendo constituída por:

- Concelho e Freguesia
- Estado civil
- Sexo
- Idade
- Residência (instituição ou comunidade)
- Prática de atividade física

### **1.6.3. Sistema de Informação Geográfica**

De forma a melhor caracterizar o local de habitação dos idosos, recorreu-se ao programa de sistema de informação geográfica do Instituto Nacional de Estatística (INE) para classificar as freguesias, segundo a tipologia de áreas urbanas (2009), como sendo predominantemente urbanas, medianamente urbanas ou predominantemente rurais (I.N.E., 2009, 2014). Os requisitos para a classificação das freguesias como áreas predominantemente urbanas, medianamente urbanas ou predominantemente rurais encontram-se listados no Anexo 3. A informação relativa à zona de habitação, nomeadamente se habitam em zona litoral ou interior seguiu o indicado pelo Grupo de Ação Costeira do Litoral Norte (GAC, 2014).

Através da ferramenta *Google maps* foram calculadas as distâncias, em tempo e quilómetros, entre as freguesias e Unidade funcional de saúde e hospital de referência. Por fim e de forma a melhor caracterizar o local do estudo, os concelhos foram ainda agrupados em zona costeira/litoral e interior e em Vales (Vale do Lima e Vale do Minho).

### **1.7. Procedimentos**

Na sequência de uma revisão da literatura foi possível verificar que o questionário SF36<sub>v2</sub> é amplamente utilizado para avaliar a percepção do estado de saúde, encontrando-se traduzido e validado para a população portuguesa (Ferreira, 2000a, 2000b).

Uma vez que este estudo assenta no projeto de investigação “Estado de Saúde e Atividade Física da População Idosa do Alto Minho”, coube ao investigador principal efetuar os pedidos de autorização e cedência do questionário (Anexo 4). A autorização para utilização dos dados do estudo supramencionado também foi cumprida (Anexo 5).

Todos os procedimentos éticos são assegurados pela instituição acolhedora, nomeadamente o conselho Técnico-Científico do IPVC e direção da ESDL-IPVC, salvaguardado o

anonimato e confidencialidade dos dados dos intervenientes no projeto de investigação assim como respeitando as recomendações da Declaração de Helsínquia (Association, 2013).

Desta forma todas as avaliações dos participantes em estudo foram precedidas de explicação sobre objetivos, procedimentos, anonimato e liberdade de desistir quando quisessem. Após esclarecimentos os sujeitos que quisessem integrar o estudo assinavam o consentimento livre e informado (Anexo 6).

A Amostra do estudo foi obtida através da identificação dos idosos, seguindo os critérios de inclusão/exclusão acima mencionados, com o auxílio das Redes Sociais<sup>3</sup> e parceiros locais de cada concelho. A recolha de informação teve início em Setembro e término em Dezembro de 2013, em locais diversos desde Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), a Juntas de Freguesia e instalações desportivas.

Seguindo as recomendações de Ferreira (1998, 2000a) e Ware et al. (1998), o questionário podia ser aplicado a qualquer pessoa com mais de 14 anos, saudável ou doente, podendo ser de autopreenchimento ou por entrevista, correio e telefone, a ressalva que colocam é que não deve ser respondida outras questões sobre a sua saúde/doença. No entanto, uma vez que se tratam de pessoas idosas a literatura recomenda a administração do questionário por entrevista (Lyons & Perry, 1994).

Desta forma o SF36<sub>v2</sub> foi administrado por entrevista, pela equipa de investigação da qual faço parte, sendo todas as respostas introduzidas diretamente em computadores, com recurso a um ficheiro *Excel* criado para o efeito (*Microsoft Excel 2010*), nos locais acima mencionados. As questões que se colocaram ao idoso antes do início do questionário são referentes a dados sociodemográficos.

## **1.8. Tratamento e Análise de dados**

Para o tratamento dos resultados do SF36<sub>v2</sub>, que envolve a criação das 8 escalas e pontuação geral foram necessárias ter em conta as recomendações de Ferreira (1998).

As recomendações de Ferreira (1998) relativas ao sistema de pontuação do SF36<sub>v2</sub>:

- 1) Introdução dos dados: para a introdução dos dados recomenda que sejam introduzidos os dados segundo a codificação do questionário e alerta ainda para o caso de questões em falta (o que não acontece em caso de entrevista).
- 2) Transformação de valores: para a transformação de valores devem-se verificar que os 36 itens foram introduzidos corretamente, uma vez que a cada domínio correspondem determinados itens (Anexo 7). Posteriormente deverá proceder-se á transformação dos valores segundo o Anexo 8.
- 3) Cálculo das escalas: para o cálculo das escalas procede-se ao seguinte cálculo:

---

<sup>3</sup> Referimo-nos às estruturas concelhias do Programa Rede Social que “enquanto fóruns de articulação e congregação de esforços” entre entidades públicas, privadas e de solidariedade social, desenvolvem intervenções de relevância nos domínios do desenvolvimento social e humano, da inovação e da competitividade com vista a um território mais inclusivo pela prevenção e combate às situações de exclusão social ([www.altominhoemrede.pt](http://www.altominhoemrede.pt)).

---

$$\text{Domínio} = \frac{\text{valor obtido nas questões correspondentes} - \text{valor mínimo possível}}{\text{Valor máximo} - \text{valor mínimo possível}} \times 100$$

---

Os itens por domínio, assim como os valores mínimos possíveis encontram-se listados nos Anexos 7 e 8.

Os Valores são então apresentados sob a forma de percentagem entre 0 a 100%, sendo que 0 corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor estado de saúde.

- 4) Verificação: É aconselhada uma verificação dos valores obtidos e das respetivas distribuições de frequência, e além disso devem ser efetuados os seguintes passos:
- 4.1) A correlação entre cada escala e os itens que a constituem devem ser positivas e altas ( $\geq 0,30$ ).
  - 4.2) As correlações entre a escala de Saúde Geral e as sete restantes devem ser positivas e altas.
  - 4.3) As correlações entre as 8 escalas e o primeiro fator não rodado obtido pela análise fatorial devem ser positivas e altas.

O tratamento e análise estatística foram realizados com recurso ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 19, Chicago, IL). Foi usada a estatística descritiva e inferencial. Através da estatística descritiva criaram-se tabelas com médias, desvio-padrão, frequências absolutas, relativas e percentagens cumulativas, de modo a caracterizar a amostra da população em estudo (Maroco, 2007).

Para a estatística inferencial, por forma a testar hipóteses e/ou aferir sobre a população em estudo, foi necessário testar a normalidade das variáveis. Tendo em ponderação que as variáveis dependentes não seguiam a distribuição normal, os testes estatísticos a utilizar foram testes não paramétricos.

Desta forma, para testar relações entre variáveis quantitativas e qualitativas com duas categorias, independentes, o teste utilizado foi *Mann-Whitney*. No caso de hipóteses com variáveis quantitativas e qualitativas com mais de duas categorias, o teste aplicado foi *Kruskal-Wallis*. Para correlações, e considerando que as variáveis não seguem distribuição normal utilizou-se a correlação de *Spearman* (Maroco, 2007). Nos testes de hipóteses o nível de significância adotado foi de 0.05, ou seja 5%.



## 1. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados do estudo em 3 partes. Na primeira são expostos os resultados dos testes de fiabilidade, relativos ao instrumento de auto percepção do estado e saúde (SF36<sub>v2</sub>) recomendados pelo autor da validação (Ferreira, 1998). Na segunda é caracterizada a amostra e na terceira, e última parte, é abordada a relação entre as variáveis da Qualidade de Vida (do questionário SF36<sub>v2</sub>) e as variáveis em estudo (concelhos, sexo, estado civil, idade, atividade física, distribuição geográfica, local de residência e distância à Unidade de saúde e ao Hospital de referência)

### 1.1. Fiabilidade do Instrumento (SF36<sub>v2</sub>)

A análise exploratória, através de frequências relativas e absolutas, permitiu avaliar as distribuições das respostas no questionário, tendo-se verificado a ausência de casos omissos (*Missings*) (tabela 13).

Tabela 13. Resultados globais das dimensões do SF36<sub>v2</sub>.

Domínios	N válidos	N em falta	Mínimo	Máximo	Média	DP
<b>SG</b>	1341	0	0	100	48.74	19.85
<b>DF</b>	1341	0	0	100	81.00	26.44
<b>FF</b>	1341	0	0	100	60.72	30.28
<b>DE</b>	1341	0	0	100	87.38	20.96
<b>FS</b>	1341	0	0	100	86.58	24.22
<b>DC</b>	1341	0	0	100	62.87	31.51
<b>SM</b>	1341	0	0	100	63.74	24.67
<b>VT</b>	1341	0	0	100	66.57	23.75

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade; DP – Desvio Padrão.

Após a verificação de ausência de casos omissos, foi necessário também apurar a consistência interna dos itens que compõem o instrumento de avaliação, nomeadamente analisar o coeficiente de correlação item-total, tendo-se verificado que os valores foram superiores a 0.30. Também o *Alfa de Cronbach* foi calculado sendo que o valor global foi de 0.931 e para cada domínio os valores oscilam entre 0.715, na Vitalidade e 0.918, na Função Física (Tabela 14).

Tabela 14. Consistência Interna dos itens do SF36v2.

Domínios	Alpha de Cronbach
Saúde Geral (SG)	0.739
Desempenho Físico (DF)	0.894
Função Física (FF)	0.918
Desempenho Emocional (DE)	0.827
Função Social (FS)	0.781
Dor Corporal (DC)	0.867
Saúde Mental (SM)	0.829
Vitalidade (VT)	0.715

Foi avaliada a correlação entre o domínio Saúde Geral e os restantes domínios, tal como recomendado na literatura (Ferreira, 1998) (Tabela 15).

Tabela 15. Matriz de correlações entre domínios do SF36v2.

	SG	FF	DF	DC	VT	FS	DE	SM
SG	1.00							
FF	0.562*	1.00						
DF	0.348*	0.479*	1.00					
DC	0.494*	0.457*	0.385*	1.00				
VT	0.562*	0.578*	0.430*	0.464*	1.00			
FS	0.380*	0.399*	0.333*	0.289*	0.425*	1.00		
DE	0.245*	0.251*	0.597*	0.259*	0.349*	0.340*	1.00	
SM	0.537*	0.452*	0.333*	0.411*	0.599*	0.478*	0.355*	1.00

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade; \* Correlação significativa.

Como se pode constatar na Tabela 15, as correlações entre o domínio Saúde Geral e os restantes domínios foram significativas.

Na tabela 16 apresentam-se os resultados dos *teste-t* para duas amostras independentes, para comparação dos valores das dimensões do SF36v2 do presente estudo e da amostra do estudo de Ferreira, Ferreira e Pereira (2012) que estabeleceu os valores de referência para população portuguesa.

Tabela 16. Valores do One sample T-test,, para comparação dos valores do estudo com os valores de referência.

Dimensões	SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT
MRef <sup>a</sup>	59.55	78.44	80.16	79.83	79.96	71.44	72.97	63.01
DPre <sup>a</sup>	15.36	25.63	24.67	27.71	23.38	24.27	23.27	23.06
MAmostral	48.74	81.00	60.72	87.38	86.58	62.87	63.74	66.57
DPAmostral	19.85	26.44	30.28	20.96	24.22	31.51	24.67	23.75
Valor <i>p</i>	<i>p</i> < 0.001							

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade; M – Média; DP – Desvio Padrão.

Os resultados da tabela 16 mostram que, para todos os resultados dos domínios do SF36<sub>v2</sub>, se encontram diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras. Tal facto deve ter em consideração que os valores de referência para a população portuguesa abrangem idade dos 18 a mais de 70 anos, enquanto a amostra do presente estudo se incide apenas sobre a população com mais de 70 anos.

## 1.2. Caracterização da Amostra

A amostra pretendida para o total do distrito de Viana do Castelo era de 1041 idosos, no entanto o total conseguido foram 1341, com uma média de idades de 78.9 anos, distribuídos pelos 10 concelhos do distrito (Tabela 17). Foi garantido o mínimo de representatividade para cada concelho de forma a poder extrapolar-se os resultados para a população idosa com mais de 70 anos, do Alto Minho. No total avaliaram-se 925 mulheres (68.98%) e 416 homens (31.02%).

Tabela 17. Distribuição da amostra, total de homens e mulheres, pelos 10 concelhos do distrito.

Vales	Concelho	Total	Feminino	Masculino
<b>Vale do Minho</b>	Melgaço	94	69	25
	Monção	171	107	64
	Valença	70	51	19
	Vila Nova de Cerveira	60	45	15
	Paredes de Coura	71	44	27
<b>Vale do Lima</b>	Caminha	85	53	32
	Ponte da Barca	76	49	27
	Arcos de Valdevez	160	116	44
	Ponte de Lima	190	128	62
	Viana do Castelo	364	263	101
Total (N)		1341	925 (68.98%)	416 (31.02 %)
Média idade (desvio padrão)		78.9 (6.2)	78.9 (6.3)	78.9 (5.9)

A amostra foi agrupada segundo escalões etários previamente definidos - septuagenários, octogenários e nonagenários (Tabela 18).

Tabela 18. Distribuição da amostra por escalões etários.

Idade por classes	N	Percentagem
Septuagenários	744	55.5
Octogenários	518	38.6
Nonagenários	79	5.9
Total	1341	100

Como é possível verificar a maioria da amostra encontra-se com idade compreendida entre 70 e 79 anos

Relativamente ao Estado Civil a amostra foi agrupada entre solteiro/a, casado/a, viúvo/a e divorciado/a (Tabela 19).

Tabela 19. Distribuição da amostra segundo estado civil.

<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>Percentagem</b>
Solteiro/a	170	12.7
Casado/a	540	40.3
Divorciado/a	35	2.6
Viúvo/a	595	44.4
Total	1340	99.9
<i>Missings</i>	1	0.1

A maioria dos indivíduos refere estar casado/a ou viúvo/a.

Quando analisada a distribuição da amostra segundo o local de residência nomeadamente instituição ou comunidade, verifica-se que a maioria da amostra é da comunidade (Tabela 20).

Tabela 20. Distribuição da amostra segundo local de residência.

<b>Local de Residência</b>	<b>N</b>	<b>Percentagem</b>
Instituição	271	20.2
Comunidade	1070	79.8
Total	1341	100

Com a identificação das freguesias de residência dos indivíduos foi ainda possível distribuir a amostra segundo a tipologia de áreas urbanas (I.N.E., 2009, 2014), litoral e interior por vale do Minho e Lima (Tabela 21).

Tabela 21. Distribuição da amostra segundo tipologia das áreas urbanas, litoral e interior e Vales (Minho e Lima)

<b>Tipologia áreas urbanas</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
Predominantemente urbana	475	35.4
Medianamente urbana	517	38.6
Predominantemente rural	349	26.0
Litoral	509	38.0
Interior	832	62.0
Vale Minho	551	41.1
Vale Lima	790	58.9

A maioria da amostra habita em meios urbanos ou predominantemente urbanos (74%), localizados no interior do distrito (62%). Relativamente aos vales, Vale do Minho e Vale do Lima, a distribuição é homogénea.

No que concerne à prática de atividade física (AF), peso altura e Índice de Massa Corporal (IMC), os resultados da amostra encontram-se presentes na tabela 22.

Tabela 22. Caracterização da amostra segundo peso, altura, IMC e prática de atividade física.

	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Peso (kg)	1338	69.58	12.75
Altura (cm)	1338	154.37	8.70
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	1338	29.15	4.53
Atividade Física	<b>N</b>	<b>Frequência</b>	
AF sim	813	60.6%	
AF não	528	39.4%	

A amostra do estudo apresenta uma média de peso de 69.70 quilogramas, com uma altura média de 154.24 centímetros e com um IMC médio indicativo de excesso de peso, 29.15 Kg/m<sup>2</sup>. Quanto à prática de atividade física os dados mostram que a maioria dos indivíduos pratica atividade física.

No que respeita à distância da residência dos indivíduos à Unidade de Saúde e Hospital de referência, os valores em média são os apresentados na tabela 23.

Tabela 23. Caracterização da amostra por distância da residência à Unidade de saúde e hospital de referência.

<b>Distâncias</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Unidade de Saúde					
Quilómetros	1341	4.36	4.29	0.09	26.50
Minutos		6.77	5.35	1.00	25.00
Hospital de referência					
Quilómetros		31.16	27.74	0.50	99.40
Minutos		31.77	24.49	1.00	91.00

Relativamente à distância da residência à Unidade de Saúde, a distância média de deslocação é de 4.36 km (dp=4.29 km) e o tempo de deslocação ronda os 6.77 minutos (dp=5.35 min), no entanto o máximo encontrado é de 26.50 km e 25 minutos. Quanto à distância ao hospital de referência o valor médio de deslocação é de 31.16 km (dp= 27.74 km) 31.77 minutos (dp= 24.49 min), no entanto o valor máximo verificado é de 99.40 km e 91 minutos.

Os resultados mais detalhados (por concelho) para cada uma das variáveis acima mencionadas encontram-se no apêndice 1.

Quanto às variáveis dependentes do estudo, os domínios do SF36<sub>v2</sub>, os valores médios do total da amostra foram os apresentados na tabela 24.

Tabela 24. Resultados globais do SF36v2, para a amostra.

<b>SF36<sub>v2</sub></b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Saúde Geral (SG)		48.74	19.85
Desempenho Físico (DF)		81.00	26.44
Função Física (FF)		60.72	30.28
Desempenho Emocional (DE)	1341	87.38	20.96
Função Social (FS)		86.58	24.22
Dor Corporal (DC)		62.87	31.51
Saúde Mental (SM)		63.74	24.67
Vitalidade (VT)		66.57	23.75

Nota: DP – Desvio Padrão

O domínio com maior *score* foi o Desempenho Emocional (DE) e o domínio com menor *score* foi Saúde Geral (SG). No entanto é de salientar que todos os resultados foram superiores a 50%, exceção do domínio SG. As frequências de resposta para cada uma das perguntas do questionário SF36<sub>v2</sub>, do total da amostra encontram-se no apêndice 2.

Tratando-se do principal objeto de estudo desta dissertação, apresentam-se na tabela 25, os resultados do S36<sub>v2</sub>, mais detalhados, nomeadamente por concelho e sexo.

Tabela 25. Resultados do SF36v2 detalhados por concelho e sexo.

		SG			DF		FF		DE		FS		DC		SM		VT	
		N	M	DP														
<b>Melgaço</b>	<b>T</b>	94	51.98	19.03	84.24	25.53	66.49	27.52	86.35	23.18	88.56	21.66	66.59	29.09	65.21	23.08	71.48	23.75
	<b>F</b>	69	50.14	20.49	84.24	24.67	63.26	27.76	87.32	21.80	86.78	23.28	64.83	29.56	60.87	24.21	67.84	25.01
	<b>M</b>	25	56.28	13.59	84.25	28.30	75.40	25.29	83.67	26.95	93.50	15.78	71.44	27.75	77.20	14.15	81.50	16.48
<b>Monção</b>	<b>T</b>	171	49.39	20.76	77.60	26.45	61.29	31.27	83.77	21.90	85.60	24.29	63.11	31.45	63.63	24.70	68.75	23.15
	<b>F</b>	107	44.68	21.26	73.42	27.70	53.74	31.65	82.40	22.53	81.43	26.68	54.82	31.62	56.17	25.56	65.01	24.55
	<b>M</b>	64	57.27	17.38	84.57	22.74	73.91	26.34	86.07	20.79	92.58	17.78	76.95	26.00	76.09	17.19	75.00	19.19
<b>Valença</b>	<b>T</b>	70	47.69	19.76	85.18	23.96	64.50	27.97	88.45	18.24	85.71	25.21	63.50	33.72	60.29	24.87	65.98	22.03
	<b>F</b>	51	43.12	19.74	81.86	25.99	58.82	27.87	87.42	18.74	83.09	27.02	56.75	33.18	54.90	24.30	62.25	21.43
	<b>M</b>	19	59.95	14.01	94.08	14.50	79.74	21.50	91.23	17.00	92.76	18.31	81.63	28.70	74.74	20.71	75.99	20.96
<b>Vila Nova de Cerveira</b>	<b>T</b>	60	50.45	16.75	81.04	25.26	56.42	25.53	86.25	21.85	85.63	24.01	54.57	28.56	61.92	19.70	53.75	20.72
	<b>F</b>	45	51.16	16.04	81.25	25.91	56.33	25.97	87.04	21.73	85.00	23.48	53.40	27.26	60.22	20.92	53.61	21.42
	<b>M</b>	15	48.33	19.19	80.42	24.08	56.67	25.05	83.89	22.81	87.50	26.31	58.07	32.95	67.00	14.98	54.17	19.14
<b>Paredes de Coura</b>	<b>T</b>	71	51.75	27.73	80.81	26.57	68.45	26.45	80.99	24.73	91.55	16.47	68.49	31.45	70.77	21.92	68.05	26.04
	<b>F</b>	44	47.45	21.20	75.85	30.16	62.73	26.64	76.14	28.28	91.48	17.21	65.98	33.31	65.11	20.98	62.50	27.56
	<b>M</b>	27	58.74	18.22	88.89	16.93	77.78	23.75	88.89	14.80	91.67	15.50	72.59	28.26	80.00	20.57	77.08	20.80
<b>Caminha</b>	<b>T</b>	85	48.81	18.88	84.93	24.52	57.53	31.83	91.67	17.58	87.21	21.48	63.32	33.88	65.06	24.13	68.09	25.11
	<b>F</b>	53	44.32	18.95	81.96	26.56	47.17	31.54	90.09	20.15	85.38	23.22	56.91	33.56	59.62	22.53	59.91	23.81
	<b>M</b>	32	56.25	16.51	89.84	20.13	74.69	24.29	94.27	12.06	90.23	18.17	73.94	32.16	74.06	23.34	81.64	21.29
<b>Ponte da Barca</b>	<b>T</b>	76	44.17	20.70	79.61	28.69	46.71	34.25	88.82	19.46	77.63	32.49	62.70	31.97	56.05	25.36	60.44	23.94
	<b>F</b>	49	40.06	20.24	75.13	31.08	37.96	31.98	85.03	21.85	73.98	34.22	50.24	30.65	47.96	23.16	54.97	24.80
	<b>M</b>	27	51.63	19.74	87.73	22.03	62.59	33.00	95.68	11.64	84.26	28.50	85.30	19.79	70.74	22.73	70.37	18.96
<b>Arcos de Valdevez</b>	<b>T</b>	160	44.54	19.35	78.59	27.32	58.41	30.52	86.15	22.80	85.78	24.50	56.67	31.50	58.03	26.26	59.45	24.65
	<b>F</b>	116	41.97	18.48	73.49	29.11	51.77	29.70	82.83	25.11	82.97	26.40	51.95	31.58	52.16	26.97	54.85	24.49
	<b>M</b>	44	51.32	17.43	92.05	15.39	75.91	25.55	94.89	11.25	93.18	16.72	69.11	28.01	73.52	16.27	71.59	20.86
<b>Ponte de Lima</b>	<b>T</b>	190	43.42	19.87	76.15	30.23	51.84	31.12	87.54	21.92	83.42	28.55	62.15	32.92	60.08	24.84	63.59	23.41
	<b>F</b>	128	39.74	20.16	72.80	31.43	44.49	30.63	86.07	23.13	81.45	31.02	56.23	33.49	54.73	24.55	59.18	24.46
	<b>M</b>	62	51.00	17.03	83.06	26.50	67.02	26.45	90.59	19.00	87.50	22.29	74.35	28.25	71.13	21.76	72.68	18.08
<b>Viana do Castelo</b>	<b>T</b>	364	52.54	19.26	83.96	24.19	66.77	28.38	89.72	18.62	89.59	21.27	64.99	30.45	68.72	24.26	71.82	21.90
	<b>F</b>	263	50.93	19.81	81.70	25.58	63.14	28.63	88.40	19.81	87.88	22.64	59.98	30.18	64.68	24.85	68.46	22.17
	<b>M</b>	61	56.72	17.13	89.85	19.04	76.24	25.52	93.15	14.64	94.06	16.45	78.01	27.25	79.26	19.07	80.57	18.60

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade; DP – Desvio Padrão; T – Total; F – Feminino; M – Masculino.

Como se pode constatar, para o domínio SG quatro concelhos apresentaram valores superiores a 50%, entre eles Viana do Castelo, Melgaço, Paredes de Coura e Vila Nova de Cerveira. Por outro lado Monção, Valença, Caminha, Ponte da Barca, Arcos de Valdevez e Ponte de Lima apresentaram valores inferiores a 50%. Quanto ao domínio DF todos os concelhos exibiram resultados superiores a 50%, no entanto os concelhos de Valença, Caminha, Melgaço, Viana do Castelo, Vila Nova de Cerveira e Paredes de Coura apresentam valores superiores a 80%. No domínio FF todos os concelhos exceto Ponte da Barca apresentaram valores superiores a 50%. Quando analisado o domínio DE todos os concelhos exibiram resultados superiores a 80% no entanto destaca-se o concelho de Caminha com um valor superior a 90%. Quanto ao domínio FS destaca-se que quase todos os concelhos apresentam valores superiores a 80% com a exceção de Ponte da Barca. Quanto ao domínio DC os concelhos exibiram valores superiores a 60% com exceção de Vila Nova de Cerveira e Arcos de Valdevez. No domínio SM os concelhos, com exceção de Ponte da Barca e Arcos de Valdevez, apresentam valores superiores a 60%, com destaque para Paredes de Coura com valor superior a 70%. Por fim no domínio VT os concelhos de Vila Nova de Cerveira e Arcos de Valdevez apresentam resultados abaixo dos 60%, os restantes concelhos apresentam valores superiores com destaque para Viana do Castelo e Melgaço com resultados superiores a 70%.

Os idosos residentes nos concelhos que apresentam melhores resultados, face aos restantes, foram Paredes de Coura, nos domínios Função Física (FF), Função Social (FS), Dor Corporal (DC) e Saúde Mental (SM), Viana do Castelo, para os domínios Saúde Geral (SG) e Vitalidade (VT), e Valença e Caminha para o domínio Desempenho Físico (DF) e Desempenho Emocional (DE), respetivamente. Por outro lado os com resultados inferiores foram Ponte da Barca, para os domínios FF, FS e SM, Ponte de Lima, para os domínios SG e DF, Vila Nova de Cerveira para os domínios DC e VT e Paredes de Coura no DE.

### **1.3.Relação entre Perceção do Estado de Saúde e Variáveis em Estudo**

Neste subcapítulo iremos apresentar os resultados obtidos para cada uma das hipóteses do estudo, tendo recorrido aos testes estatísticos de Mann-Whitney, para testar relações entre variáveis quantitativas e qualitativas com duas categorias (independentes), teste de Kruskal-wallis, no caso de hipóteses com variáveis quantitativas e qualitativas com mais de duas categorias, e a correlação de *Spearman*.

**H1: Existem diferenças na Perceção do Estado de Saúde, entre a população idosa, nos diferentes concelhos do Alto Minho.**

Os resultados médios obtidos na perceção do estado de saúde, por concelho, apresentam-se no gráfico radar (Figura 7).

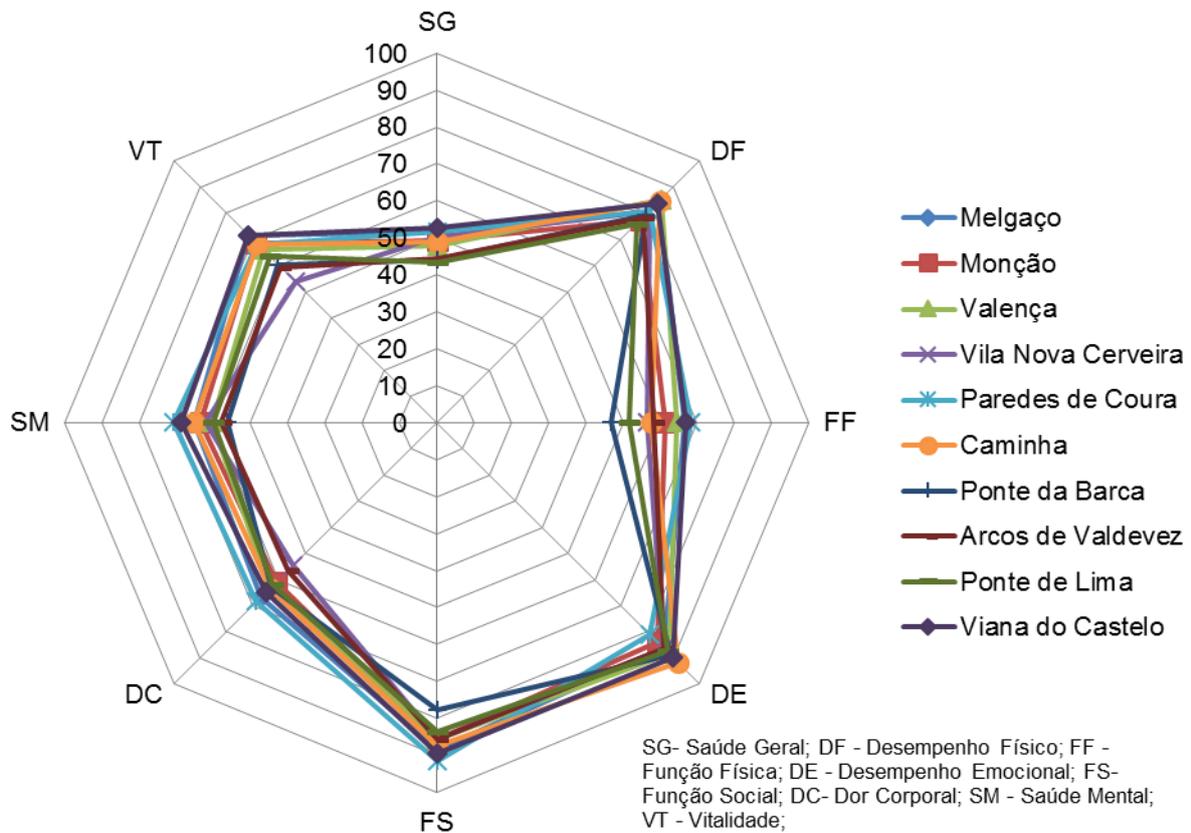


Figura 7. Resultados médios dos domínios do SF36v2, para cada concelho.

De acordo com o teste estatístico utilizado verifica-se que apenas o domínio DC ( $p=0.072$ ) não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os idosos dos concelhos do distrito de Viana do Castelo (Tabela 26).

De forma a verificar entre que concelhos existem diferenças, recorreu-se ao *Pos-Hoc Dunnett's*, tendo-se verificado que para os domínios DF, DE, FS e DC, não existiam diferenças significativas. Contudo para o domínio SG foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre Melgaço e Ponte de Lima ( $p=0.032$ ), entre Arcos de Valdevez e Viana do Castelo ( $p=0.001$ ) e entre os idosos Ponte de Lima e Viana do Castelo ( $p<0.001$ ). Para o domínio FF existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos Melgaço e Ponte da Barca ( $p=0.003$ ), Melgaço e Ponte de Lima ( $p=0.003$ ), Valença e Ponte da Barca ( $p=0.031$ ), entre Paredes de Coura e os concelhos de Ponte da Barca ( $p=0.001$ ) e Ponte de Lima ( $p=0.001$ ), entre Viana do Castelo e Ponte da Barca ( $p<0.001$ ) e Viana do Castelo e Ponte de Lima ( $p<0.001$ ).

No domínio SM existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de Paredes de Coura e os do concelhos de Ponte da Barca ( $p=0.010$ ), Arcos de Valdevez ( $p=0.008$ ) e Ponte de Lima ( $p=0.041$ ), entre Ponte da Barca e Viana do Castelo ( $p=0.005$ ), Arcos de Valdevez e Viana do Castelo ( $p=0.001$ ) e entre Viana do Castelo e Ponte de Lima ( $p=0.005$ ).

Por último, para o domínio VT foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de Melgaço e Vila Nova de Cerveira ( $p<0.001$ ), Melgaço e Arcos de Valdevez ( $p=0.007$ ), Monção e Vila Nova de Cerveira ( $p<0.001$ ), Monção e Arcos de Valdevez ( $p=0.021$ ), Vila Nova de Cerveira e Paredes de Coura ( $p=0.028$ ), Vila Nova de Cerveira e Caminha ( $p=0.011$ ), Vila Nova de Cerveira de Viana do Castelo ( $p<0.001$ ), Ponte da Barca e Viana do Castelo ( $p=0.010$ ), Arcos de Valdevez e Viana do Castelo ( $p<0.001$ ) e entre Ponte de Lima e Viana do Castelo ( $p=0.003$ ).

Tabela 26. Perceção do Estado de Saúde em função do Concelho - Teste de Kruskal-Wallis.

	SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT	
	N	Média do Ranking							
<b>Melgaço</b>	94	734.38	732.13	738.91	655.42	692.16	713.12	687.83	758.85
<b>Monção</b>	171	688.48	607.86	685.15	603.30	643.39	675.16	671.19	706.70
<b>Valença</b>	70	649.73	726.26	711.62	669.51	664.31	681.72	615.10	645.84
<b>Vila Nova de Cerveira</b>	60	696.09	614.98	591.08	645.91	632.49	565.36	618.88	452,17
<b>Paredes de Coura</b>	71	726.71	656.89	760.60	548.57	720.15	740.58	777.20	707.18
<b>Caminha</b>	85	675.32	732.39	635.62	744.89	654.24	678.30	687.14	704.41
<b>Ponte da Barca</b>	76	576.95	668.87	510.95	697.63	584.89	671.18	549.33	567.12
<b>Arcos de Valdevez</b>	160	595.49	640.52	637.78	658.02	662.59	596.96	589.39	559.36
<b>Ponte de Lima</b>	190	572.05	623.41	556.73	691.81	651.24	663.39	611.90	618.98
<b>Viana do Castelo</b>	364	738.98	710.58	750.63	707.16	712.46	694.72	753.55	755.52
$\chi^2$	-	39.11	22.96	57.25	26.73	16.74	15.75	43.95	67.00
$\rho$	-	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.006</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.002</b>	<b>0.053</b>	0.072	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

**H2: Existem diferenças na Percepção do Estado de Saúde, entre a população idosa, segundo os sexos.**

Relativamente ao sexo, os resultados médios mostraram que o sexo masculino apresenta resultados superiores ao feminino em todos os domínios (Figura 8), não sendo tão notório nos domínios FS e DE.

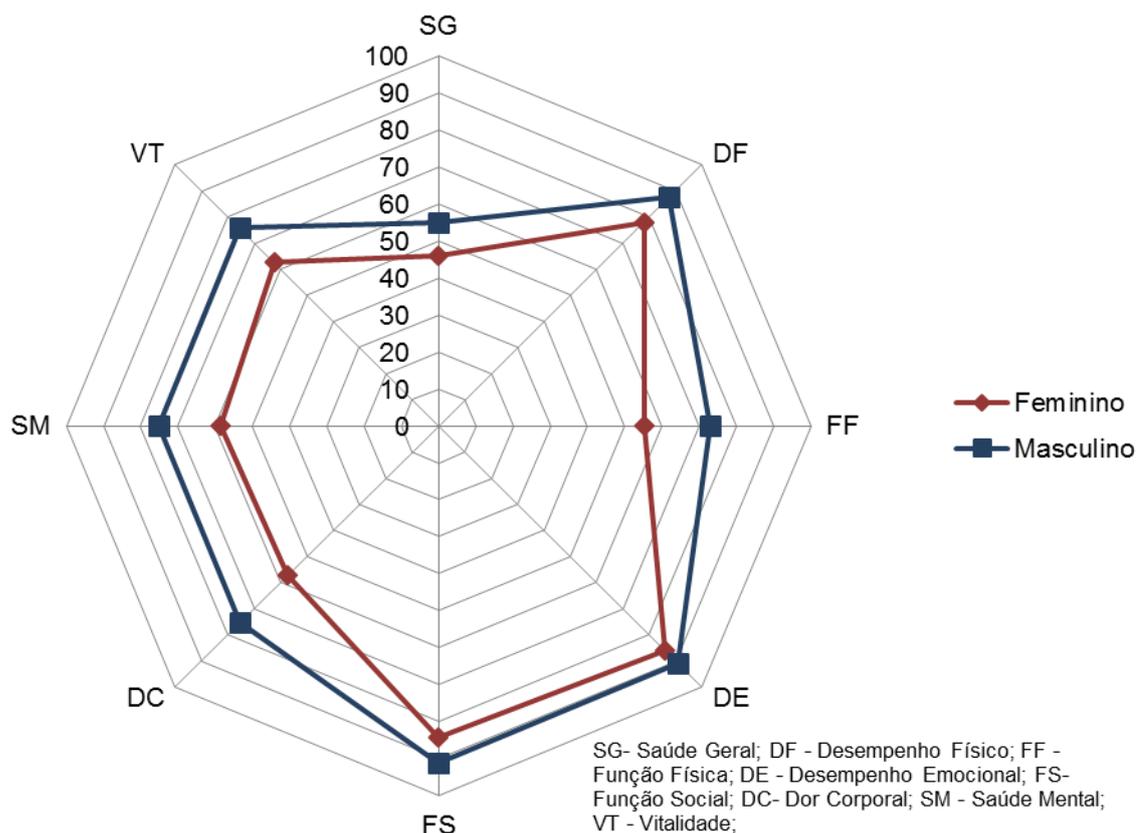


Figura 8. Resultados médios dos domínios do SF36v2, por sexo.

De acordo com o teste estatístico utilizado constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos, para todos os domínios do SF36v2 ( $p < 0.001$ ) (Tabela 27).

Tabela 27. Percepção do Estado de Saúde em função do Sexo – Teste de Mann-Whitney.

	Sexo Feminino (N=925)	Sexo Masculino (N=416)	Valor $\rho$
	Média do Ranking	Média do Ranking	
<b>SG</b>	614.43	796.78	<b>&lt;0.001</b>
<b>DF</b>	633.30	754.82	<b>&lt;0.001</b>
<b>FF</b>	597.37	834.72	<b>&lt;0.001</b>
<b>DE</b>	648.51	721.02	<b>&lt;0.001</b>
<b>FS</b>	642.88	733.52	<b>&lt;0.001</b>
<b>DC</b>	604.00	819.98	<b>&lt;0.001</b>
<b>SM</b>	588.50	854.43	<b>&lt;0.001</b>
<b>VT</b>	604.33	819.25	<b>&lt;0.001</b>

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

Quando comparadas as diferenças entre sexos, dentro de cada concelho, verificou-se que apenas no concelho de Vila Nova de Cerveira os idosos não apresentam diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos domínios do SF36<sub>v2</sub>. Por outro lado os idosos concelhos de Monção, Valença, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Viana do Castelo e Arcos de Valdevez apresentam diferenças em quase todos os domínios, com o sexo masculino a apresentar melhores resultados (Tabela 28).

Quando se procurou verificar a existência de diferenças no sexo feminino, entre concelhos, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre concelhos, para os domínios SG ( $p < 0.001$ ), DF ( $p = 0.007$ ), FF ( $p < 0.001$ ), DE ( $p = 0.021$ ), DC ( $p = 0.053$ ), SM ( $p < 0.001$ ) e VT ( $p < 0.001$ ) (Tabela 28). De forma a verificar entre que concelhos existem diferenças, recorreu-se ao *Pos-Hoc Dunnett's*. No domínio SG existem diferenças entre idosas, nos concelhos de Melgaço e Ponte de Lima ( $p = 0.036$ ), Vila Nova de Cerveira e Ponte de Lima ( $p = 0.010$ ), Ponte da Barca e Viana do Castelo ( $p = 0.040$ ), Arcos de Valdevez e Viana do Castelo ( $p = 0.003$ ) e Ponte de Lima e Viana do Castelo ( $p < 0.001$ ). No domínio FF existem diferenças entre Melgaço e Ponte da Barca ( $p = 0.001$ ), Melgaço e Ponte de Lima ( $p = 0.001$ ), Valença e Ponte da Barca ( $p = 0.034$ ), Paredes de Coura e Ponte da Barca ( $p = 0.004$ ), Paredes de Coura e Ponte de Lima ( $p = 0.014$ ), Caminha e Viana do Castelo ( $p = 0.046$ ), Ponte da Barca e Viana do Castelo ( $p < 0.001$ ), Arcos de Valdevez e Viana do Castelo ( $p = 0.028$ ) e Ponte de Lima e Viana do Castelo ( $p < 0.001$ ). Nos domínios DF, DE e DC as diferenças entre concelhos não são detetáveis. Para o domínio SM existem diferenças estatisticamente significativas entre idosas de Paredes de Coura e Ponte da Barca ( $p = 0.014$ ), Ponte da Barca e Viana do Castelo ( $p = 0.001$ ), Arcos de Valdevez e Viana do Castelo ( $p = 0.001$ ) e Ponte de Lima e Viana do Castelo ( $p = 0.010$ ). Na VT existem diferenças estatisticamente significativas entre idosas de Melgaço e Arcos de Valdevez ( $p = 0.033$ ), Vila Nova de Cerveira e Viana do Castelo ( $p = 0.003$ ), Viana do Castelo e Ponte da Barca ( $p = 0.031$ ), Arcos de Valdevez e Viana do Castelo ( $p < 0.001$ ) e Viana do Castelo e Ponte de Lima ( $p = 0.016$ ).

As mulheres de Vila Nova de Cerveira apresentam uma melhor perceção quanto à Saúde Geral, sendo que as mulheres de Ponte de Lima apresentaram pior perceção; As mulheres de Melgaço expuseram um melhor estado de Desempenho Físico (DF) e Função Física (FF), ou seja sentem-se menos limitadas em termos físicos, por sua vez Ponte de Lima e Ponte da Barca apresentaram os valores mais baixos para DF e FF, respetivamente; Quanto a limitações por questões emocionais as mulheres de Caminha apresentam melhores resultados, em oposição a Paredes de Coura com pior perceção; Quanto aos aspetos referentes a questões de depressão, ansiedade e bem-estar psicológico, interferência da dor no dia-a-dia, e função social, as mulheres de Paredes de Coura exibiram melhores resultados e Ponte da Barca piores. Por fim quando comparadas em relação ao bem-estar, vitalidade e energia (domínio VT) constatou-se que as mulheres de Viana do Castelo apresentam melhores resultados em oposição a Vila Nova de Cerveira com piores resultados.

Considerando o sexo masculino, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas, entre concelhos, nos domínios FF ( $p = 0.016$ ), DE ( $p = 0.032$ ), SM ( $p = 0.038$ ) e VT ( $p < 0.001$ ) (Tabela 28). No entanto essas diferenças são apenas detetáveis para o domínio VT.

Desta forma existem diferenças na vitalidade, no sexo masculino, entre o concelho de Vila Nova de Cerveira e os concelhos de Melgaço ( $p=0.004$ ), Monção ( $p=0.040$ ), Paredes de Coura ( $p=0.044$ ), Caminha ( $p=0.005$ ) e Viana do Castelo ( $p=0.004$ ).

Os homens de Valença expuseram um melhor estado Saúde Geral (SG), Desempenho Físico (DF) e Função Física (FF), ou seja têm uma melhor percepção de saúde e sentem-se menos limitados em termos físicos, por sua vez Vila Nova de Cerveira apresenta-se mais limitado; Quanto a limitações por questões emocionais os homens de Ponte da Barca apresentam melhores resultados, em oposição a Melgaço com pior percepção; Quanto à função social, os idosos de Viana do Castelo apresentam uma melhor vida social ao contrário dos idosos de Ponte da Barca; Relativamente à dor corporal, os homens de Vila Nova de Cerveira apresentam uma pior percepção ou seja a dor tem uma maior interferência no seu dia-a-dia, ao contrario dos idosos de Ponte da Barca que apresentam uma melhor percepção. Quanto aos aspetos referentes a questões de depressão, ansiedade e bem-estar psicológico, os homens de Paredes de Coura exibiram melhores resultados e Vila Nova de Cerveira pior. Por fim quando comparadas as senhoras em relação ao bem-estar, vitalidade e energia constatou-se que as mulheres de Caminha apresentam melhor resultados em oposição a Vila Nova de Cerveira com pior.

Tabela 28. Percepção do Estado de Saúde em função do concelho e sexo

			SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT
		N	Média do Ranking							
Melgaço	F	69	45.41	47.45	44.01	47.74	46.17	45.88	42.33	43.51
	M	25	53.26	47.64	57.12	46.84	51.16	51.96	61.76	58.50
	Valor $\rho^*$		0.217	0.972	<b>0.039</b>	0.873	0.332	0.331	<b>0.002</b>	<b>0.018</b>
Monção	F	107	74.49	78.06	73.59	82.92	78.02	73.42	70.98	78.45
	M	64	105.25	99.28	106.75	91.16	99.34	107.04	111.11	98.63
	Valor $\rho^*$		<b>&lt;0.001</b>	<b>0.005</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.251	<b>0.002</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.010</b>
Valença	F	51	30.69	32.85	31.09	34.11	33.34	31.33	30.90	32.06
	M	19	48.42	42.61	47.34	39.24	41.29	46.68	47.84	44.74
	Valor $\rho^*$		<b>0.001</b>	<b>0.044</b>	<b>0.003</b>	0.284	0.082	<b>0.004</b>	<b>0.002</b>	<b>0.020</b>
Vila Nova de Cerveira	F	45	30.83	30.70	30.54	31.42	29.02	29.91	29.21	30.17
	M	15	29.50	29.90	30.37	27.73	34.93	32.27	34.37	31.50
	Valor $\rho^*$		0.797	0.874	0.973	0.428	0.199	0.649	0.320	0.797
Paredes de Coura	F	44	32.07	33.27	30.78	33.22	36.44	34.78	30.25	31.81
	M	27	42.41	40.44	44.50	40.54	35.28	37.98	45.37	42.83
	Valor $\rho^*$		<b>0.040</b>	0.129	<b>0.006</b>	0.129	0.767	0.515	<b>0.003</b>	<b>0.028</b>
Caminha	F	53	36.88	40.77	35.01	41.61	40.99	38.42	37.05	34.08
	M	32	53.14	46.69	56.23	45.30	46.33	50.58	52.86	57.78
	Valor $\rho^*$		<b>0.003</b>	0.219	<b>&lt;0.001</b>	0.394	0.262	<b>0.024</b>	<b>0.004</b>	<b>&lt;0.001</b>
Ponte da Barca	F	49	34.16	35.18	33.21	35.07	36.33	29.89	31.49	33.72
	M	27	46.37	44.52	48.09	44.72	42.44	54.13	51.22	47.17
	Valor $\rho^*$		<b>0.021</b>	<b>0.053</b>	<b>0.005</b>	<b>0.029</b>	0.197	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.011</b>
Arcos de Valdevez	F	116	74.41	73.41	69.62	75.55	76.57	73.46	70.18	71.66
	M	44	96.57	99.18	109.18	93.56	90.85	99.06	107.70	103.82
	Valor $\rho^*$		<b>0.007</b>	<b>0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.012</b>	<b>0.037</b>	<b>0.002</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
Ponte de Lima	F	128	84.49	90.00	82.46	92.23	94.29	86.14	83.67	85.38
	M	62	118.23	106.85	122.43	102.24	98.00	114.82	119.92	116.40
	Valor $\rho^*$		<b>&lt;0.001</b>	<b>0.034</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.158	0.604	<b>0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
Viana do Castelo	F	263	172.94	174.60	168.23	177.38	174.88	165.35	164.60	165.64
	M	101	207.41	203.08	219.66	195.83	202.34	227.16	229.10	226.40
	Valor $\rho^*$		<b>0.005</b>	<b>0.010</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.071	<b>0.004</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
	F	Valor	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.007</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.021</b>	-	<b>0.053</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
	M	Valor	-	-	<b>0.016</b>	<b>0.032</b>	-	-	<b>0.038</b>	<b>&lt;0.001</b>

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito. Teste de *Mann-Whitney*. \*\* Teste de *Kruskal-Wallis*.

### H3: Existem diferenças na Percepção do Estado de Saúde, entre a população idosa, segundo o Estado Civil.

No que concerne ao Estado Civil os resultados mostraram que os casados apresentam resultados superiores em todos os domínios, com exceção do domínio DF, comparativamente com os solteiros, divorciados e viúvos. Os valores mais baixos foram associados ao estado civil divorciado para os domínios DE, FS e DC. Os viúvos exibiram valores mais baixos nos domínios SG, FF, VT e SM, enquanto os solteiros apenas apresentam valor mais baixo no domínio DF (Figura 9).

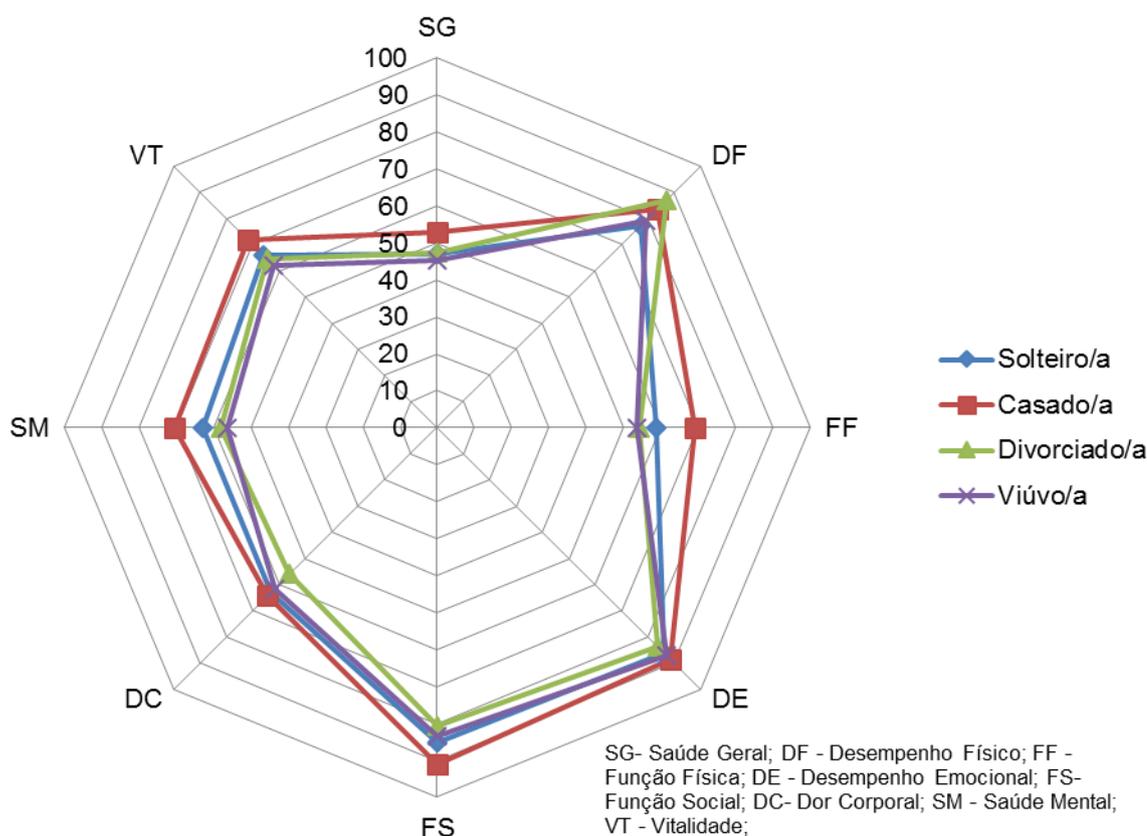


Figura 9. Resultados médios dos domínios do SF36v2, por estado civil

Conforme o teste estatístico constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o Estado Civil, para os domínios SG ( $p < 0.001$ ), DF ( $p = 0.002$ ), FF ( $p < 0.001$ ), FS ( $p < 0.001$ ), SM ( $p < 0.001$ ) e VT ( $p < 0.001$ ) (Tabela 29). De forma a verificar entre que estados civis existem diferenças, recorreu-se ao *Pos-Hoc Dunnett's*. Estas diferenças são entre casados e solteiros ( $p = 0.011$ ;  $p = 0.035$ ;  $p < 0.001$ ;  $p = 0.044$ ;  $p = 0.003$ ;  $p = 0.029$ , para os domínios SG, DF, FF, FS, SM e VT respetivamente) e casados e viúvos ( $p = 0.021$  para o domínio DF e  $p < 0.001$  para os domínios SG, FF, FS, SM e VT). Apenas nos domínios FF e SM existem também diferenças entre casados e divorciados ( $p = 0.052$  e  $p = 0.051$ , respetivamente).

Tabela 29. Percepção do Estado de Saúde em função do estado civil – Teste de Kruskal-Wallis.

	<b>Solteiro/a (N=170)</b>	<b>Casado/a (N=540)</b>	<b>Divorciado/a (N=35)</b>	<b>Viúvo/a (N=595)</b>		
	<i>Média do Ranking</i>	<i>Média do Ranking</i>	<i>Média do Ranking</i>	<i>Média do Ranking</i>	$\chi^2$	$\rho$
<b>SG</b>	644.61	756.58	647.69	601.12	46.864	<b>&lt;0.001</b>
<b>DF</b>	608.26	705.16	766.79	651.16	14.618	<b>0.002</b>
<b>FF</b>	640.08	784.47	586.33	580.71	81.882	<b>&lt;0.001</b>
<b>DE</b>	634.77	685.04	601.37	671.57	4.434	0.218
<b>FS</b>	659.21	727.23	595.39	626.66	29.968	<b>&lt;0.001</b>
<b>DC</b>	675.25	686.89	594.83	658.72	2.978	0.395
<b>SM</b>	658.11	777.45	583.03	582.12	74.552	<b>&lt;0.001</b>
<b>VT</b>	659.06	752.92	644.10	600.52	44.586	<b>&lt;0.001</b>

Nota:; SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

Pretendeu-se averiguar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o Estado Civil, dentro de cada concelho, tendo-se constatado que apenas os idosos Valença e Paredes de Coura não apresentam diferenças entre o Estado Civil e a percepção do estado de saúde (Tabela 30). Os idosos dos concelhos de Vila Nova de Cerveira e Caminha apresentam diferenças em um domínio, SM e FF, respetivamente, sendo estas diferenças entre casados e viúvos. Os idosos Arcos de Valdevez apresentam diferenças nos domínios FF e SM, no entanto apenas no domínio SM essas diferenças são detetáveis entre casados e viúvos. Ponte da Barca, Ponte de Lima e Melgaço apresentam diferenças em três domínios, sendo estas diferenças entre casados e viúvos. Os idosos de Monção apresenta diferenças em cinco domínios sendo estes SG, FF, FS, SM e VT. Essas diferenças são entre casados e viúvos para o domínio SG, FF, FS, SM e VT; Entre solteiros e viúvos apenas nos domínios FS e SM; Entre divorciados e restantes estados civil apenas são detetáveis no domínio DF. Viana do Castelo apresenta diferenças em seis domínios do SF36<sub>v2</sub>, sendo eles SG, DF, FF, FS, SM e VT. Em Monção Relativamente a Viana do Castelo as diferenças detetadas são entre casados e viúvos para os domínios SG, FF, SM e VT.

Quando se procurou diferenças entre os solteiros de todos os concelhos (Tabela 30) estas foram encontradas no domínio VT ( $p=0.035$ ), no entanto não detetadas entre que concelhos. Relativamente aos casados, encontraram-se diferenças nos domínios FF, DE e VT. No domínio VT as diferenças são entre Vila Nova de Cerveira e os concelhos de Melgaço ( $p=0.020$ ), Monção ( $p=0.028$ ) e Viana do Castelo ( $p=0.001$ ). No domínio DE não foram detetadas em que concelhos há diferenças. No domínio FF as diferenças são entre Viana do Castelo e os concelho de Vila Nova de Cerveira ( $p=0.027$ ) e Ponte de Lima ( $p=0.038$ ).

No caso dos divorciados, e dado que não existem divorciados em todos os concelhos, não é possível encontrar diferenças entre concelhos. No que concerne aos viúvos encontraram-se diferenças entre concelhos nos domínios SG ( $p=0.009$ ), DF ( $p=0.016$ ), FF ( $p<0.001$ ), DE ( $p=0.008$ ), SM ( $<0.001$ ) e VT ( $p=0.001$ ). Nos domínios DF e DE não foram detetados os idosos entre que concelhos existem diferenças. Na SG as diferenças verificam-se entre os idosos de Ponte de Lima e Viana do Castelo ( $p=0.042$ ). Na VT encontram-se diferenças nos idosos entre Vila Nova de Cerveira e Viana do Castelo ( $p=0.015$ ). No domínio FF as diferenças são entre os

idosos do concelho de Paredes de Coura e os concelhos de Ponte da Barca ( $p=0.007$ ) e Ponte de Lima ( $p=0.004$ ) e entre Ponte de Lima e Viana do Castelo ( $p=0.007$ ). Quanto à SM as diferenças são entre os idosos do concelho de Paredes de Coura e os concelhos de Ponte da Barca ( $p=0.046$ ), Arcos de Valdevez ( $p=0.022$ ) e Ponte de Lima ( $p=0.028$ ), e entre os idosos de Viana do Castelo e Arcos de Valdevez ( $p=0.028$ ) e Ponte de Lima ( $p=0.021$ ).

No caso dos solteiros destaca-se o concelho de Paredes de Coura com os melhores resultados médios em quatro dos oito domínios do questionário, e os concelhos de Vila Nova de Cerveira, Ponte da Barca e Melgaço, com os piores resultados em dois domínios do SF36<sub>v2</sub>. Relativamente aos casados destaque para Viana do Castelo com os melhores resultados médios em sete dos oito domínios do SF36<sub>v2</sub>, e Vila Nova de Cerveira e Ponte de Lima como os piores resultados em três e dois domínios respetivamente (Apêndice 3 – Tabela 53).

Quanto aos divorciados os melhores resultados médios de perceção de saúde foram obtidos no concelho de Caminha (quatro domínios) e Viana do Castelo (em três domínios), e os piores resultados obtidos no concelho de Ponte de Lima (três domínios) e Ponte da Barca e Arcos de Valdevez (dois domínios). Em relação aos viúvos os melhores resultados médios foram obtidos no concelho de Paredes de Coura (em quatro domínios) e Melgaço (três domínios), e os piores resultados em Caminha (três domínios) e Vila Nova de Cerveira (dois domínios) (Apêndice 3 – Tabela 53).

Tabela 30. Perceção do Estado de Saúde em função do estado civil, por Concelho – Teste de Kruskal-Wallis

			SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT
		N	Média do Ranking							
Melgaço	a)	10	39.15	32.15	50.10	23.35	34.20	36.00	38.30	34.75
	b)	47	51.98	47.45	55.10	46.82	50.81	46.44	53.38	53.83
	d)	37	44.07	51.72	37.15	54.89	46.89	51.96	42.51	42.91
	Valor		0.247	0.065	<b>0.010</b>	<b>0.001</b>	0.094	0.230	0.101	<b>0.054</b>
Monção	a)	19	81.89	79.55	84.21	89.84	93.74	82.58	93.16	94.66
	b)	91	98.72	88.87	95.86	86.30	93.66	91.51	98.40	96.47
	c)	5	60.80	134.50	88.80	86.40	68.90	83.60	75.30	80.30
	d)	56	68.97	79.19	70.34	84.17	72.45	78.43	64.38	66.55
Valor		<b>0.003</b>	0.070	<b>0.026</b>	0.972	<b>0.020</b>	0.454	<b>0.001</b>	<b>0.004</b>	
Valença	a)	6	24.17	28.42	34.67	40.50	28.92	45.83	33.08	27.92
	b)	34	39.54	35.56	39.03	34.12	36.24	32.10	35.75	35.85
	c)	4	31.38	31.50	18.13	43.25	28.25	27.50	37.88	39.50
	d)	26	33.46	37.67	33.75	34.96	37.17	38.79	35.37	36.17
Valor		0.303	0.681	0.244	0.692	0.583	0.266	0.986	0.792	
Vila Nova de Cerveira	a)	4	35.25	33.50	28.88	34.00	25.13	25.00	36.75	24.38
	b)	27	33.89	33.54	29.20	31.43	34.76	31.76	35.80	35.56
	d)	29	26.69	27.26	31.93	29.16	27.28	30.09	24.71	26.64
	Valor		0.258	0.358	0.827	0.774	0.149	0.755	<b>0.044</b>	0.121
Paredes de Coura	a)	9	39.83	41.22	32.78	39.94	45.50	39.39	36.44	44.44
	b)	23	34.67	36.89	38.91	36.91	34.93	28.76	36.50	36.65
	c)	1	55.00	54.00	55.50	56.00	45.50	58.50	50.00	58.50
	d)	38	35.39	33.75	34.49	33.99	34.14	38.99	35.22	33.01
Valor		0.732	0.555	0.617	0.607	0.250	0.149	0.911	0.314	
Caminha	a)	13	41.77	32.35	39.19	36.65	40.85	39.77	31.31	33.35
	b)	27	51.52	44.48	55.87	46.07	45.63	45.39	50.46	51.24
	c)	4	46.75	46.38	55.88	29.38	39.25	53.00	44.88	46.25
	d)	41	37.41	45.07	34.48	44.32	42.32	41.48	41.61	40.32
Valor		0.141	0.283	<b>0.003</b>	0.233	0.870	0.715	0.135	0.133	
Ponte da Barca	a)	11	36.64	32.45	36.55	30.14	37.77	41.68	38.95	39.00
	b)	25	48.70	43.22	49.28	41.72	42.98	39.96	47.98	43.52
	c)	4	39.00	45.38	28.00	31.88	32.88	27.13	19.38	36.13
	d)	36	31.93	36.31	32.78	39.56	36.24	37.78	33.90	35.13
Valor		<b>0.034</b>	0.353	<b>0.024</b>	0.301	0.555	0.682	<b>0.027</b>	0.532	
Arcos de Valdevez	a)	24	68.75	78.17	68.42	81.83	81.21	88.46	75.46	74.52
	b)	53	88.50	87.41	95.35	88.29	90.81	82.58	102.88	93.08
	c)	7	80.07	75.21	68.14	63.71	82.93	62.57	64.93	67.57
	d)	76	78.67	76.91	75.10	76.19	72.86	78.19	67.92	74.80
Valor		0.354	0.561	<b>0.034</b>	0.259	0.081	0.555	<b>&lt;0.001</b>	0.110	
Ponte de Lima	a)	32	95.81	90.38	95.16	85.16	90.94	102.69	96.67	103.92
	b)	67	107.51	95.63	112.11	95.97	100.40	96.31	117.62	108.68
	c)	2	72.00	142.50	83.75	92.75	68.25	39.75	77.50	97.50
	d)	88	85.70	95.12	82.17	97.89	92.97	92.47	77.57	81.28
Valor		0.092	0.574	<b>0.009</b>	0.598	0.570	0.390	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.014</b>	
Viana do Castelo	a)	42	202.18	169.90	191.64	179.60	183.75	172.96	196.92	187.42
	b)	146	202.09	198.87	216.41	188.32	201.68	195.11	206.34	200.68
	c)	8	206.63	190.56	145.38	146.19	165.25	175.63	180.88	167.13
	d)	168	159.41	171.04	152.51	179.90	166.34	174.25	158.26	166.21
Valor		<b>0.002</b>	<b>0.052</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.528	<b>0.002</b>	0.304	<b>0.001</b>	<b>0.033</b>	
Solteiro/a	Valor	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0.035</b>
Casado/a	Valor	-	-	<b>0.002</b>	<b>0.043</b>	-	-	-	-	<b>&lt;0.001</b>
Viúvo/a	Valor	<b>0.009</b>	<b>0.016</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.008</b>	-	-	<b>0.000</b>	<b>0.001</b>	

Nota: a) Solteiro/a; b) Casado/a; c) Divorciado/a; d) Viúvo/a; SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

#### H4: Existem diferenças na Percepção do Estado de Saúde, entre a população idosa, nos diferentes grupos etários

De acordo com o grupo etário, os indivíduos foram divididos em septuagenários (70 a 79 anos), octogenários (80 a 89 anos) e nonagenários (90 ou mais anos). Os resultados ilustraram que o grupo dos octogenários apresenta resultados mais baixos em quase todos os domínios, com exceção do domínio FF, cujo resultado mais baixo é apresentado pelos nonagenários. Quanto aos melhores resultados estes pertencem ao grupo dos septuagenários, para os domínios DF, FF, SM e VT, e aos nonagenários para os domínios SG, DE, FS e DC (Figura 10).

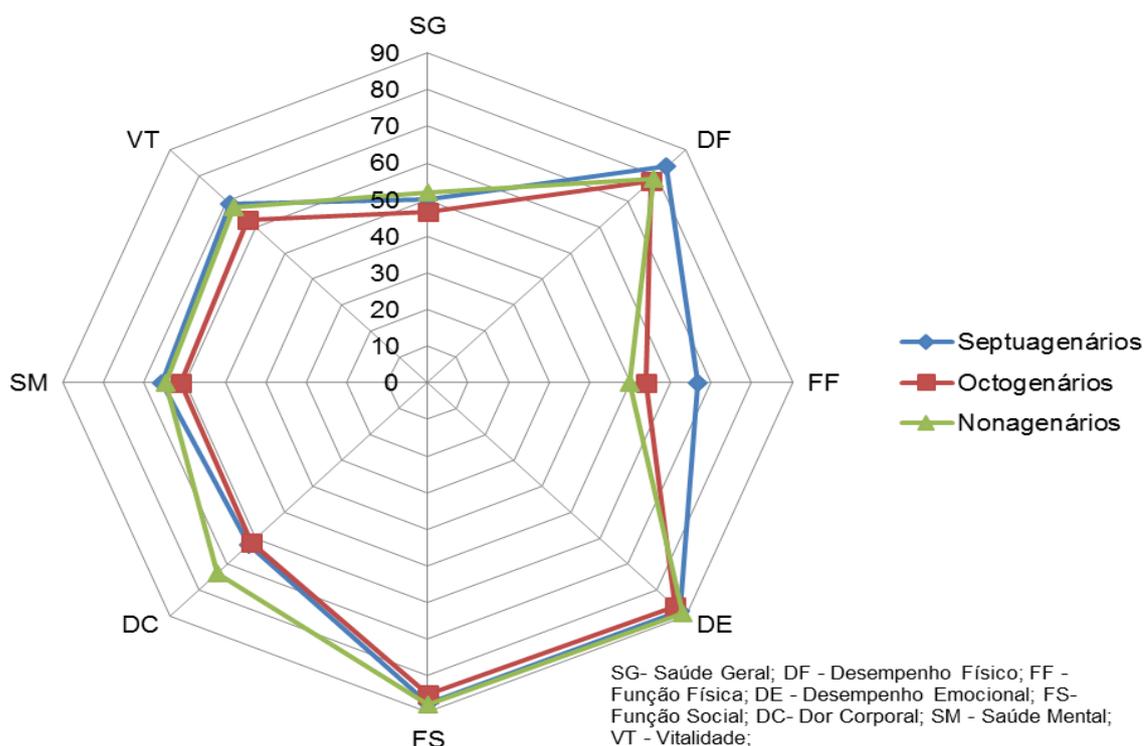


Figura 10. Resultados médios dos domínios do SF36v2, por grupo etário

Os resultados do teste estatístico indicam que existem diferenças estatisticamente significativas, entre grupos etários, para o domínio SG ( $p=0.001$ ), DF ( $p=0.002$ ), FF ( $p<0.001$ ), DC ( $p=0.004$ ), SM ( $p=0.003$ ) e VT ( $p<0.001$ ) (Tabela 31). De forma a verificar entre que grupos etários existem diferenças, recorreu-se ao *Pos-Hoc Dunnett's*. Nos domínios SG, DF, SM e VT as diferenças encontradas são entre septuagenários e octogenários ( $p=0.008$ ;  $p=0.001$ ;  $p=0.005$ ;  $p<0.001$ , respetivamente para SG, DF, SM e VT). No domínio FF verificam-se diferenças entre septuagenários e os octogenários ( $p<0.001$ ) e nonagenários ( $p<0.001$ ). Por sua vez no domínio DC existem diferenças entre nonagenários e os septuagenários ( $p=0.009$ ) e octogenários ( $p=0.005$ ).

Tabela 31. Perceção do Estado de Saúde em função do grupo etário – Teste de Kruskal-Wallis

	Septuagenários (N=744)	Octogenários (N=518)	Nonagenários (N=79)	$\chi^2$	$p$
	Média do <i>Ranking</i>	Média do <i>Ranking</i>	Média do <i>Ranking</i>		
<b>SG</b>	696.84	623.24	740.76	13.79	<b>0.001</b>
<b>DF</b>	700.48	630.01	662.20	11.98	<b>0.002</b>
<b>FF</b>	746.44	581.80	545.38	64.26	<b>&lt;0.001</b>
<b>DE</b>	673.61	661.83	706.54	1.31	0.518
<b>FS</b>	686.26	647.94	678.46	4.37	0.112
<b>DC</b>	667.87	654.95	805.66	10.83	<b>0.004</b>
<b>SM</b>	700.62	625.46	690.70	11.76	<b>0.003</b>
<b>VT</b>	710.66	610.86	691.83	20.67	<b>&lt;0.001</b>

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

Quando analisadas os escalões etários em cada concelho verificou-se que apenas os idosos de Melgaço, Ponte da Barca, Arcos de Valdevez, Ponte de Lima e Viana do Castelo apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários (Tabela 32). Os idosos do concelho de Melgaço apresenta diferenças no domínio DF, entre os nonagenários e os septuagenários ( $p=0.001$ ) e octogenários ( $p<0.001$ ), no domínio FF as diferenças encontradas foram entre septuagenários e octogenários ( $p=0.006$ ) e para o domínio VT as diferenças não foram detetadas. Os idosos do concelho de Ponte da Barca apresenta diferenças nos domínios FF e FS no entanto apenas neste último as diferenças são detetadas entre septuagenários e octogenários ( $p=0.011$ ). As diferenças encontradas no domínio VT, nos idosos do concelho de Arcos de Valdevez não são detetáveis entre que grupos etários. Em Ponte de Lima foram encontradas diferenças no domínio FF, entre os septuagenários e os octogenários ( $p=0.013$ ) e nonagenários ( $p=0.002$ ), e no domínio SM entre septuagenários e octogenários ( $p=0.009$ ). Por último em Viana do Castelo foram encontradas diferenças nos domínios DF, FF, DC e SM, no entanto não foram detetadas para este último domínio. No domínio DF e FF as diferenças encontradas foram entre septuagenários e octogenários ( $p=0.016$  e  $p<0.001$ , respetivamente). No domínio DC as diferenças foram entre nonagenários e os septuagenários ( $p=0.017$ ) e os octogenários ( $p=0.025$ ).

Quando se procurou diferenças entre os septuagenários de todos os concelhos, constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios SG ( $p=0.006$ ), DF ( $p=0.025$ ), FF ( $p=0.002$ ), SM ( $p=0.001$ ) e VT ( $p<0.001$ ) (Tabela 32). Apesar de significativas, apenas dos domínios SM e VT se detetaram entre que concelhos existem diferenças. Assim no domínio SM as diferenças foram entre Melgaço e Viana do Castelo ( $p=0.023$ ), e no domínio VT as diferenças foram entre o concelho de Vila Nova de Cerveira com os concelhos de Melgaço ( $p=0.002$ ), Monção ( $p=0.005$ ) e Viana do Castelo ( $p<0.001$ ), e entre o concelho de Arcos de Valdevez e Viana do Castelo ( $p=0.007$ ).

Quando analisados os octogenários verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios SG ( $p=0.001$ ), FF ( $p=0.004$ ), FS ( $p=0.005$ ), SM ( $p=0.005$ ) e VT ( $p=0.002$ ) (Tabela 32). No domínio SG as diferenças foram entre Paredes de Coura e Ponte da

Barca ( $p=0.033$ ). Na FF entre Paredes de Coura e os concelhos de Ponte da Barca ( $p=0.006$ ) e Ponte de Lima ( $p=0.034$ ). Para a FS as diferenças encontradas foram entre Ponte da Barca e os concelhos de Melgaço ( $p=0.051$ ) e Paredes de Coura ( $p=0.007$ ). Quanto à SM as diferenças foram encontradas entre Paredes de Coura e os concelhos de Ponte da Barca ( $p=0.016$ ) e Ponte de Lima ( $p=0.011$ ). Por último a VT apresentou diferenças entre Viana do Castelo e Arcos de Valdevez ( $p=0.008$ ).

Relativamente aos nonagenários apenas se detetaram diferenças no domínio VT ( $p=0.019$ ) (Tabela 32), sendo estas diferenças entre Caminha e Ponte de Lima ( $p=0.048$ ).

No que diz respeito aos septuagenários, os melhores resultados médios foram obtidos no concelho de Melgaço e Viana do Castelo (três domínios cada), e os piores resultados nos concelhos de Vila Nova de Cerveira e Valença, em três e dois domínios respetivamente. Quanto aos octogenários os melhores resultados médios foram em Paredes de Coura (em seis domínios) e os piores resultados em Ponte da Barca (cinco domínios). Por último, os melhores resultados de perceção de saúde dos nonagenários foram em Melgaço e Caminha (três domínios cada), e os piores resultados em Vila Nova de Cerveira (seis domínios) (Apêndice 3 – Tabela 54).

Tabela 32. Perceção do Estado de Saúde, por concelho, em função do grupo etário – Teste de Kruskal-Wallis.

			SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT
		N	Média do	Média do	Média do	Média do	Média do	Média do	Média do	Média do
			Rankina	Rankina	Rankina	Rankina	Rankina	Rankina	Rankina	Rankina
Melgaço	a)	56	52.38	51.76	55.53	46.59	46.45	47.21	49.61	53.35
	b)	36	40.17	39.93	36.60	47.86	48.36	48.64	44.65	38.25
	c)	2	43.00	64.50	19.00	66.50	61.50	35.25	39.75	50.25
	Valor $\rho$	-	0.108	<b>0.036</b>	<b>0.002</b>	0.516	0.61	0.783	0.64	<b>0.033</b>
Monção	a)	108	84.07	87.69	90.82	88.14	87.83	85.11	85.61	89.84
	b)	54	86.85	86.02	78.74	82.39	84.77	85.00	82.77	74.34
	c)	9	104.00	65.67	71.72	82.00	71.44	102.72	110.06	109.83
	Valor $\rho$	-	0.503	0.408	0.229	0.722	0.529	0.571	0.305	0.056
Valença	a)	51	33.35	36.10	36.37	35.75	33.43	34.42	32.78	35.52
	b)	16	37.38	35.31	32.09	34.81	39.94	34.63	40.53	34.34
	c)	3	62.00	26.33	38.83	34.83	47.00	58.50	54.83	41.33
	Valor $\rho$	-	0.055	0.659	0.731	0.981	0.199	0.123	0.100	0.860
Vila Nova de Cerveira	a)	40	31.28	33.31	34.24	31.89	30.53	31.34	30.33	30.88
	b)	17	31.50	25.65	23.00	28.97	32.68	28.65	34.06	30.35
	c)	3	14.50	20.50	23.17	20.67	17.83	29.83	12.67	26.33
	Valor $\rho$	-	0.263	0.170	0.063	0.434	0.307	0.864	0.145	0.908
Paredes de Coura	a)	25	30.42	35.00	36.52	34.16	32.50	29.94	31.66	32.22
	b)	41	37.33	35.87	35.65	36.59	38.39	37.93	36.70	37.91
	c)	5	53.00	42.10	36.30	40.40	33.90	50.50	52.00	39.20
	Valor $\rho$	-	0.067	0.754	0.985	0.778	0.336	0.072	0.123	0.516
Caminha	a)	39	41.37	43.06	46.42	43.94	45.87	44.49	46.03	45.69
	b)	41	42.87	40.99	38.89	40.71	39.15	39.01	37.71	39.10
	c)	5	56.80	59.00	50.00	54.50	52.20	64.10	62.80	54.00
	Valor $\rho$	-	0.419	0.208	0.317	0.294	0.223	0.077	0.057	0.286
Ponte da Barca	a)	37	43.82	42.08	44.86	37.96	44.20	37.99	40.36	44.65
	b)	33	32.74	35.08	32.98	36.83	30.44	37.41	35.35	32.11
	c)	6	37.33	35.25	29.58	51.00	47.67	47.67	44.33	35.75
	Valor $\rho$	-	0.109	0.319	<b>0.046</b>	0.217	<b>0.007</b>	0.553	0.506	0.056
Arcos de Valdevez	a)	74	83.32	79.81	86.89	80.01	81.06	83.62	84.12	84.61
	b)	73	73.64	81.58	73.92	82.17	79.66	76.55	78.18	71.94
	c)	13	102.96	78.38	81.08	73.88	82.00	84.92	72.88	105.15
	Valor $\rho$	-	0.084	0.953	0.235	0.787	0.966	0.606	0.610	<b>0.033</b>
Ponte de Lima	a)	82	103.30	101.18	110.99	95.25	99.88	99.64	109.70	101.99
	b)	88	88.84	90.21	87.57	96.13	91.38	90.01	84.95	91.32
	c)	20	92.83	95.50	66.88	93.75	95.65	102.68	83.68	87.25
	Valor $\rho$	-	0.223	0.382	<b>0.001</b>	0.976	0.488	0.418	<b>0.008</b>	0.347
Viana do Castelo	a)	232	190.45	190.55	202.80	182.58	187.96	178.70	192.42	192.44
	b)	119	164.75	164.46	146.76	178.66	171.21	182.27	162.41	165.16
	c)	13	203.12	203.92	147.38	216.27	188.42	252.46	189.38	163.88
	Valor $\rho$	-	0.073	<b>0.035</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.338	0.186	<b>0.044</b>	<b>0.039</b>	0.056
Septuagenários	Valor $\rho$	-	<b>0.006</b>	<b>0.025</b>	<b>0.002</b>	-	-	-	<b>0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
Octogenários	Valor $\rho$	-	<b>0.001</b>	-	<b>0.004</b>	-	<b>0.005</b>	-	<b>0.005</b>	<b>0.002</b>
Nonagenários	Valor $\rho$	-	-	-	-	-	-	<b>0.019</b>	-	-

Nota: a) Septuagenários; b) octogenários; c) nonagenários; SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

**H5: Existem diferenças na Percepção do Estado de Saúde, segundo a prática de atividade física sistemática**

Tendo em consideração a prática de atividade física (AF) foi possível constatar que quem pratica atividade física apresenta melhores resultados em todos os domínios do SF36v2 em relação a quem não pratica (Figura 11), não sendo tão notório para no domínio DE.

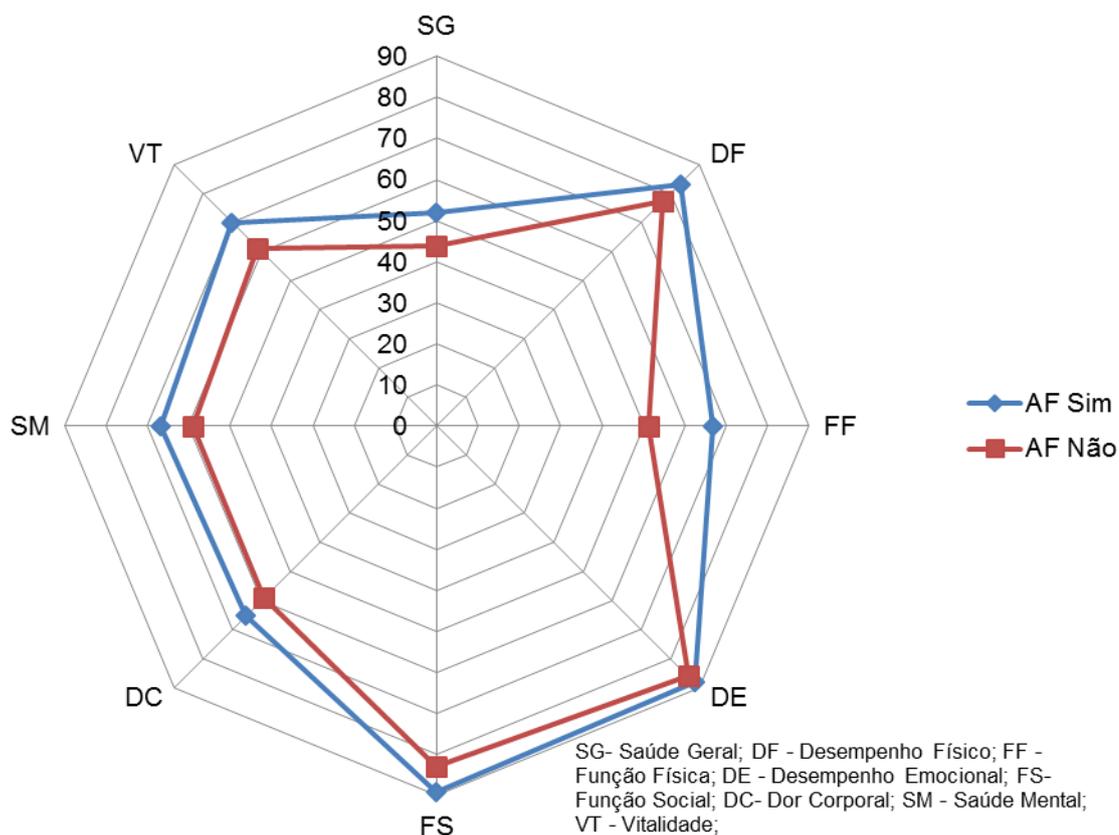


Figura 11. Resultados médios dos domínios do SF36v2, em função da prática de atividade física.

Os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre quem pratica atividade física e quem não pratica, nos domínios SG ( $p < 0.001$ ), DF ( $p = 0.002$ ), FF ( $p < 0.001$ ), FS ( $p < 0.001$ ), DC ( $p = 0.001$ ), SM ( $p < 0.001$ ) e VT ( $p < 0.001$ ) (Tabela 33).

Tabela 33. Percepção do Estado de Saúde em função da prática de atividade física – Teste de Mann-Whitney.

	AF sim (N=813)	AF não (N=528)	
	Média do Ranking	Média do Ranking	Valor p
<b>SG</b>	734.04	573.94	<b>&lt;0.001</b>
<b>DF</b>	695.32	633.56	<b>0.002</b>
<b>FF</b>	749.52	550.10	<b>&lt;0.001</b>
<b>DE</b>	679.57	657.80	0.246
<b>FS</b>	698.23	629.07	<b>&lt;0.001</b>
<b>DC</b>	699.31	627.42	<b>0.001</b>
<b>SM</b>	718.62	597.68	<b>&lt;0.001</b>
<b>VT</b>	729.20	581.39	<b>&lt;0.001</b>

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

Analisando por concelhos, apenas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, em nenhum dos domínios do SF36<sub>v2</sub>, nos idosos dos concelhos de Paredes de Coura e Ponte da Barca (Tabela 34). Os idosos de Valença e Vila Nova de Cerveira apresentam diferenças num domínio, sendo este SG ( $p=0.005$ ) e DC ( $0.044$ ), respetivamente. Os idosos dos concelhos de Melgaço e Arcos de Valdevez apresentam diferenças em dois domínios, sendo estes SG ( $p=0.003$ ) e FF ( $p<0.001$ ), para o concelho de Melgaço e SG ( $0.013$ ) e DC ( $p=0.032$ ) para o concelho de Arcos de Valdevez. Os idosos de Caminha apresenta diferenças em quatro domínios, sendo estes SG ( $p=0.048$ ), FF ( $p=0.017$ ), FS ( $p=0.010$ ) e DC ( $p=0.044$ ). Os idosos de Ponte de Lima apresenta diferenças em quatro domínios DF ( $p=0.035$ ), FF ( $p=0.007$ ), DE ( $0.049$ ) e FS ( $p=0.020$ ). Os idosos de Viana do Castelo apresentam diferenças em cinco domínios do SF36<sub>v2</sub> sendo eles SG ( $p=0.011$ ), FF ( $p<0.001$ ), FS ( $p=0.030$ ), SM ( $p=0.003$ ) e VT ( $p<0.001$ ). O concelho cujo idosos apresentam diferenças em mais domínios é Monção, apresentando diferenças em seis dos oitos domínios do SF36<sub>v2</sub>, nomeadamente SG ( $p=0.007$ ), DF ( $p=0.006$ ), FF ( $p<0.001$ ), DC ( $p=0.004$ ), SM ( $p=0.012$ ) e VT ( $p=0.001$ ). Estas diferenças mostram que quem pratica atividade física têm melhor perceção do estado de saúde.

Quando comparados os idosos que não praticam atividade física de todos os concelhos, constatou-se que existem diferenças nos domínios SG ( $p=0.030$ ) e DF ( $p=0.007$ ) no entanto, e recorrendo ao *Pos-Hoc Dunnett's*, não foram detetáveis entre que concelhos (Tabela 34). Relativamente aos idosos que praticam atividade física de todos os concelhos evidenciou-se que existem diferenças entre concelhos nos domínios FF ( $p<0.001$ ), DE ( $p=0.008$ ), DC ( $p=0.042$ ), SM ( $p=0.001$ ) e VT ( $p<0.001$ ) (Tabela 34). No domínio FF as diferenças foram encontradas entre os idosos de Melgaço e Ponte de Lima ( $p=0.053$ ), Ponte da Barca e Viana do Castelo ( $p=0.044$ ) e entre Ponte de Lima e Viana do Castelo ( $p=0.010$ ). No domínio DC as diferenças verificaram-se entre os idosos de Vila Nova de Cerveira e os dos concelhos de Melgaço ( $p=0.040$ ), Monção ( $p=0.005$ ), Caminha ( $p=0.032$ ), Ponte de Lima ( $p=0.034$ ) e Viana do Castelo ( $p=0.026$ ). Quanto à VT as diferenças verificaram-se entre os idosos de Vila Nova de Cerveira e os concelhos de Melgaço ( $p<0.001$ ), Monção ( $p<0.001$ ), Valença ( $p=0.031$ ), Paredes de Coura ( $p=0.018$ ), Caminha ( $p=0.013$ ), Ponte de Lima ( $p=0.046$ ) e Viana do Castelo ( $p<0.001$ ), e entre Arcos de Valdevez e os concelhos de Monção ( $p=0.024$ ) e Viana do Castelo ( $p=0.001$ ).

Os concelhos, cujos idosos apresentam melhor resultado médio face à prática de atividade física foram Caminha e Melgaço, com melhor resultado em quatro e dois domínios respetivamente. Com resultados mais baixos destaca-se os idosos de Ponte da Barca e Vila Nova de Cerveira, com resultados inferiores em três e dois domínios respetivamente. Relativamente a quem não pratica atividade física, os melhores resultados foram nos idosos de Paredes de Coura e Melgaço, como melhores *scores* em quatro e três domínios, respetivamente, e com resultados mais baixos Ponte da Barca (Apêndice 3 – Tabela 55).

Tabela 34. Percepção do Estado de Saúde, por concelho, em função da prática de atividade física.

			SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT
		N	Média do Ranking							
Melgaço	AF	72	52.05	45.59	53.08	45.49	45.70	48.15	49.40	50.40
	nAF	22	32.61	53.75	29.25	54.07	53.39	45.39	41.30	38.02
	Valor $\rho^*$		<b>0.003</b>	0.153	<b>&lt;0.001</b>	0.146	0.152	0.673	0.221	0.061
Monção	AF	90	95.68	95.45	98.87	86.47	88.97	96.31	95.01	97.58
	nAF	81	75.25	75.50	71.70	85.48	82.70	74.54	75.99	73.14
	Valor $\rho^*$		<b>0.007</b>	<b>0.006</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.886	0.341	<b>0.004</b>	<b>0.012</b>	<b>0.001</b>
Valença	AF	51	39.67	34.76	37.93	35.62	34.33	36.48	36.72	38.04
	nAF	19	24.32	37.47	28.97	35.18	38.63	32.87	32.24	28.68
	Valor $\rho^*$		<b>0.005</b>	0.576	0.101	0.928	0.346	0.500	0.412	0.086
Vila Nova de Cerveira	AF	37	31.08	31.95	32.27	32.57	30.16	26.95	30.04	29.41
	nAF	23	29.57	28.17	27.65	27.17	31.04	36.22	31.24	32.26
	Valor $\rho^*$		0.743	0.402	0.318	0.193	0.830	<b>0.044</b>	0.795	0.536
Paredes de Coura	AF	57	36.46	37.02	36.25	37.10	35.66	34.13	36.87	37.41
	nAF	14	34.11	31.86	35.00	31.54	37.39	43.61	32.46	30.25
	Valor $\rho^*$		0.701	0.371	0.839	0.344	0.717	0.114	0.473	0.242
Caminha	AF	45	47.99	43.99	49.00	43.47	48.61	47.96	45.19	45.00
	nAF	40	37.39	41.89	36.25	42.48	36.69	37.43	40.54	40.75
	Valor $\rho^*$		0.048	0.652	<b>0.017</b>	0.813	<b>0.010</b>	<b>0.044</b>	0.385	0.426
Ponte da Barca	AF	37	43.03	39.69	41.46	38.23	41.05	38.54	39.97	41.73
	nAF	39	34.21	37.37	35.69	38.76	36.08	38.46	37.10	35.44
	Valor $\rho^*$		0.081	0.616	0.254	0.901	0.274	0.987	0.570	0.213
Arcos de Valdevez	AF	76	90.07	80.83	84.90	80.14	84.04	88.66	87.03	83.16
	nAF	84	71.85	80.20	76.52	80.82	77.30	73.11	74.59	78.09
	Valor $\rho^*$		<b>0.013</b>	0.927	0.252	0.916	0.272	<b>0.032</b>	0.089	0.488
Ponte de Lima	AF	87	103.29	104.06	107.14	102.61	104.02	103.32	102.95	102.35
	nAF	103	88.92	88.27	85.67	89.50	88.31	88.90	89.21	89.71
	Valor $\rho^*$		0.072	<b>0.035</b>	<b>0.007</b>	<b>0.049</b>	<b>0.020</b>	0.067	0.086	0.113
Viana do Castelo	AF	261	191.26	183.58	201.47	184.56	188.34	182.90	192.67	197.76
	nAF	103	160.31	179.75	134.43	177.28	167.70	181.50	156.74	143.83
	Valor $\rho^*$		<b>0.011</b>	0.727	<b>&lt;0.001</b>	0.474	<b>0.030</b>	0.907	<b>0.003</b>	<b>&lt;0.001</b>
AF	Valor $\rho^{**}$		-	-	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.008</b>	-	<b>0.042</b>	<b>0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
nAF	Valor $\rho^{**}$		<b>0.030</b>	<b>0.007</b>	-	-	-	-	-	-

Nota: AF – Prática Atividade Física; nAF – Não pratica Atividade Física; SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito. \* Teste de *Mann-Whitney*. \*\* - Teste de *Kruskal-Wallis*.

Além da prática de atividade física pretendeu-se verificar a existência ou não de correlação entre o IMC e a percepção do estado de saúde, tendo-se obtido os valores de correlação apresentados na Tabela 35. Como se verifica na tabela existe correlação entre o IMC e os domínios FF, FS, SM e VT. Estas correlações são negativas, sendo que com o aumento do IMC pior a percepção para os domínios mencionados.

Tabela 35. Correlação entre IMC e Percepção do Estado de Saúde.

		SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT
IMC	Correlação spearman	-0.023	-0.009	-0.056	-0.034	-0.065	-0.004	-0.063	-0.059
	Valor $\rho$	0.393	0.739	<b>0.040</b>	0.211	<b>0.017</b>	0.886	<b>0.021</b>	<b>0.031</b>

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

## H6: Existem diferenças na Percepção do Estado de Saúde, entre a população idosa, em função da distribuição geográfica

Relativamente à distribuição geográfica procurou-se diferenças estatísticas tendo em conta a tipologia de áreas urbanas, litoral e interior e Vale do Minho e Lima. Em relação à tipologia de áreas urbanas, os idosos que habitam em zonas classificadas como predominantemente urbanas apresentaram melhores resultados nos domínios SG, DF, DE, DC e SM. Por outro lado os idosos que habitam zonas medianamente urbanas exibiram resultados mais baixos nos domínios DF, FF, FS, SM e VT. As zonas predominantemente rurais apresentaram melhor resultado nos domínios FF, FS e VT (Figura 12).

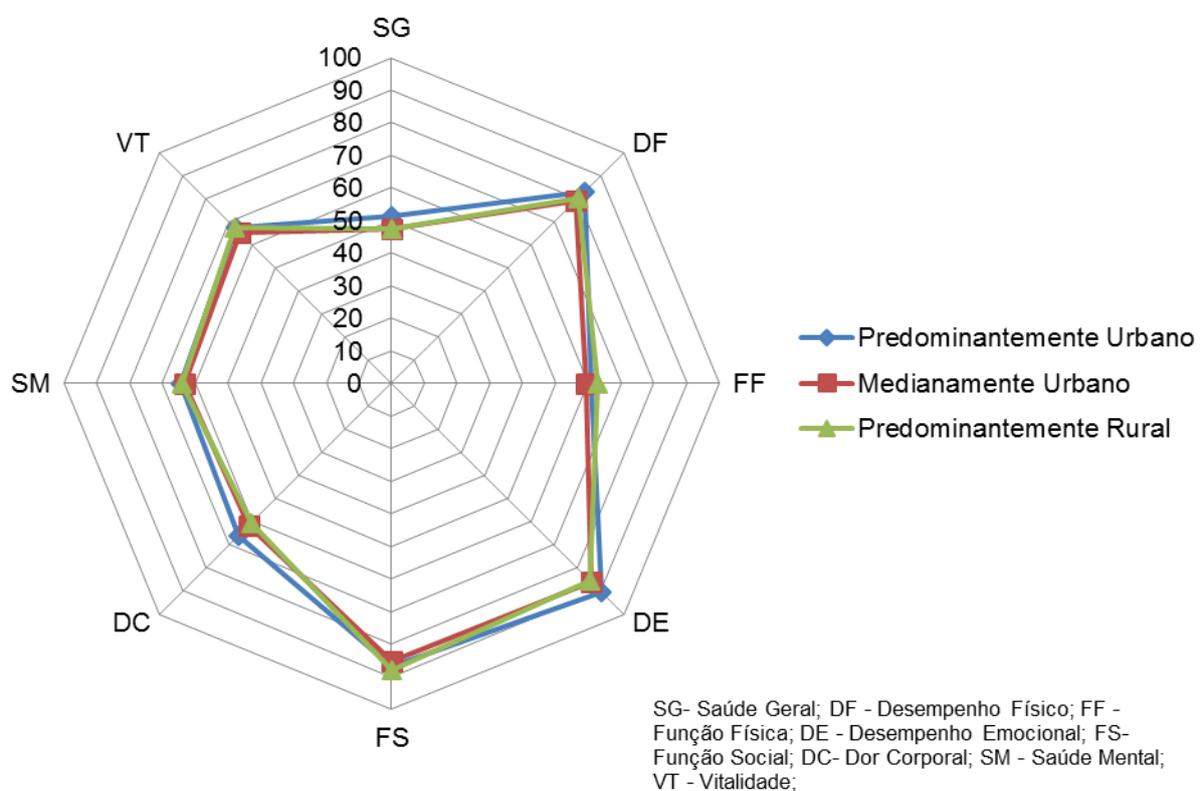


Figura 12. Resultados médios dos domínios do SF36v2, em função da tipologia de áreas urbanas

Os resultados indicam que apenas os domínios SG ( $p=0.009$ ), DE ( $p<0.001$ ) e DC ( $p=0.028$ ) apresentaram diferenças estatisticamente significativas, com melhor resultado nas zonas predominantemente urbanas (Tabela 36).

De forma a verificar entre que tipologia meios existem diferenças, recorreu-se ao *Pos-Hoc Dunnett's*, constatando-se que estas diferenças apenas são detetáveis nos domínio SG, entre zonas predominantemente urbanas e as zonas medianamente urbanas ( $p=0.009$ ) e predominantemente rurais ( $p=0.019$ ) e no domínio DE, entre zonas predominantemente urbanas e as zonas medianamente urbanas ( $p=0.003$ ) e predominantemente rurais ( $p=0.002$ ).

Tabela 36. Percepção do Estado de Saúde em função da tipologia de áreas urbanas – Teste e Kruskal-Wallis.

	Predominantemente Urbana (N=475)	Medianamente Urbana (N=517)	Predominantemente Rural (N=349)	$\chi^2$	$\rho$
	Média do Ranking	Média do Ranking	Média do Ranking		
<b>SG</b>	714.65	649.60	643.29	9.42	<b>0.009</b>
<b>DF</b>	700.03	647.34	666.55	5.48	0.065
<b>FF</b>	677.31	647.02	697.94	3.81	0.149
<b>DE</b>	721.71	651.53	630.83	17.5	<b>&lt;0.00</b>
<b>FS</b>	686.17	646.90	686.05	4.71	0.094
<b>DC</b>	708.40	653.81	645.57	7.18	<b>0.028</b>
<b>SM</b>	686.70	651.96	677.83	2.14	0.342
<b>VT</b>	684.92	646.74	687.99	3.33	0.342

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

Tendo em conta o Litoral e Interior os concelhos foram agrupados da seguinte forma: Vila Nova de Cerveira, Caminha e Viana do Castelo foram classificadas como Litoral e Melgaço, Monção, Valença, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Arcos de Valdevez e Ponte de Lima classificadas como Interior. Os idosos do Litoral apresentaram melhores resultados, em todos os domínios do SF36v2, em relação ao Interior (Figura 13).

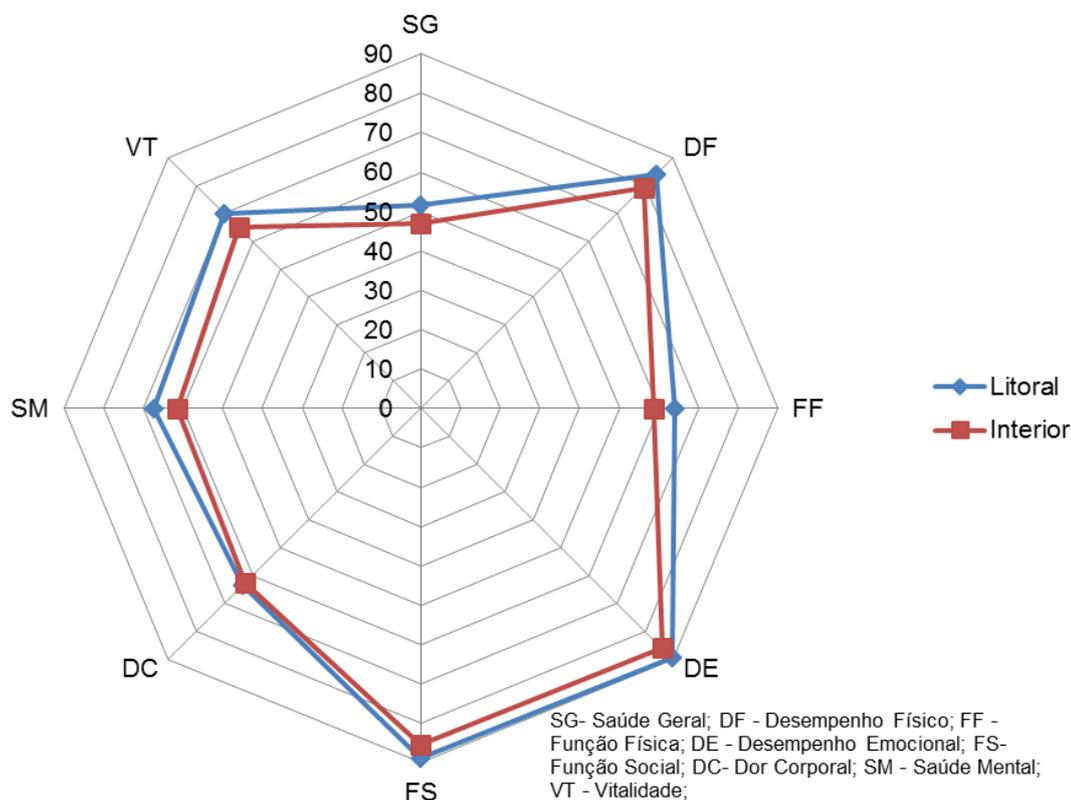


Figura 13. Resultados médios dos domínios do SF36v2, em função da zona Litoral e Interior.

Através do teste estatístico constatou-se que à exceção do domínio DC ( $p=0.667$ ), todos os domínios do SF36v2 apresentam diferenças estatisticamente significativas (Tabela 37), com melhores resultados na zona Litoral.

Tabela 37. Perceção do Estado de Saúde, em função da zona Litoral e Interior – Teste de Mann-Whitney.

	Litoral (N=509)	Interior (N=832)	
	Média do Ranking	Média do Ranking	Valor p
<b>SG</b>	723.29	639.01	<b>&lt;0.001</b>
<b>DF</b>	702.96	651.45	<b>0.010</b>
<b>FF</b>	712.62	645.54	<b>0.002</b>
<b>DE</b>	706.24	649.44	<b>0.003</b>
<b>FS</b>	693.31	657.35	<b>0.047</b>
<b>DC</b>	676.73	667.50	0.667
<b>SM</b>	726.59	636.99	<b>&lt;0.001</b>
<b>VT</b>	711.22	646.39	<b>0.003</b>

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

Considerando Vale do Minho e Vale do Lima os concelhos foram agregados da seguinte forma: Ponte da Barca, Arcos de Valdevez, Ponte de Lima e Viana do Castelo como pertencentes ao Vale do Lima e Melgaço, Monção, Valença, Vila Nova de Cerveira, Paredes de Coura e Caminha como pertencentes ao Vale do Minho. Os resultados foram ligeiramente superiores para os idosos do Vale do Minho, exceto no domínio DE (Figura 14).

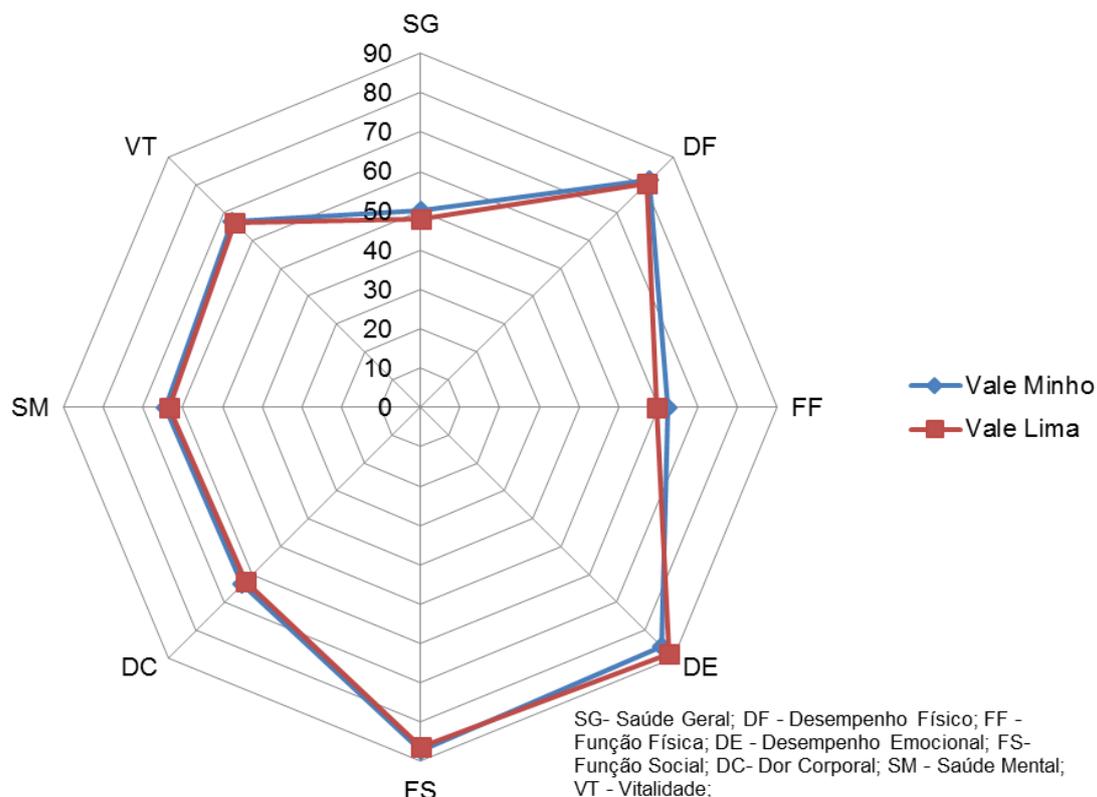


Figura 14. Resultados médios dos domínios do SF36v2, em função dos Vales Minho e Lima.

Através do teste estatístico constatou-se que apenas o domínio DE ( $p=0.005$ ) apresentou diferenças estatisticamente significativas (Tabela 38).

Tabela 38. Perceção do Estado de Saúde em função dos Vales Minho e Lima – Teste de Mann-Whitney.

	Vale do Minho (N=551)	Vale do Lima (N=790)	
	<i>Média do Ranking</i>	<i>Média do Ranking</i>	<b>Valor p</b>
<b>SG</b>	695.11	654.18	0.057
<b>DF</b>	670.40	671.42	0.959
<b>FF</b>	689.52	658.08	0.143
<b>DE</b>	640.03	692.60	<b>0.005</b>
<b>FS</b>	664.75	675.36	0.552
<b>DC</b>	679.43	665.12	0.499
<b>SM</b>	677.33	666.59	0.617
<b>VT</b>	679.85	664.82	0.483

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

**H7: Existem diferenças na Percepção do Estado de Saúde, entre a população idosa, em função do local de residência (comunidade versus instituição).**

Tendo em vista o local de residência, nomeadamente idosos em Instituição e Comunidade, estes últimos apresentam melhores resultados médios em todos os domínios do SF36v2, com a exceção do domínio DC (Figura 15).

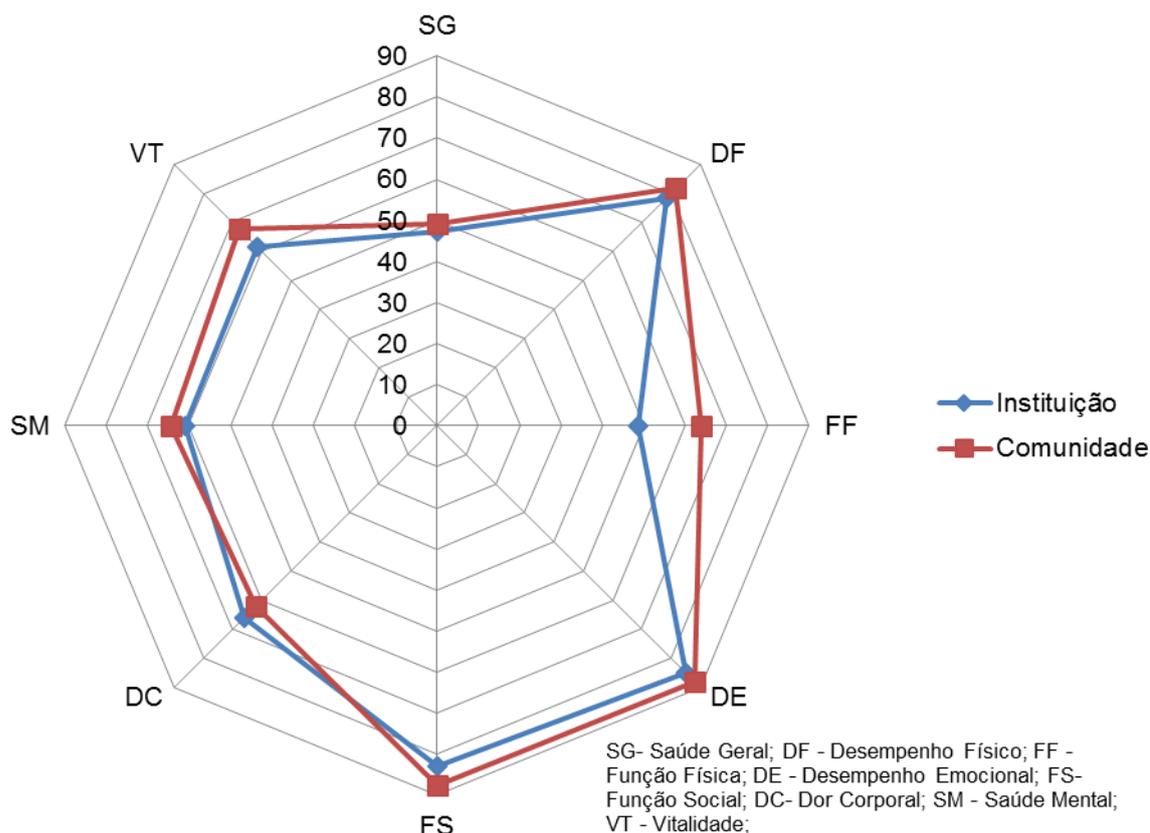


Figura 15. Resultados médios dos domínios do SF36v2, em função do local de residência.

Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas apenas nos domínios FF ( $p < 0.001$ ), FS ( $p = 0.006$ ), SM ( $p = 0.028$ ) e VT ( $p < 0.001$ ) (Tabela 39).

Tabela 39. Percepção do Estado de Saúde em função do local de residência – Teste de Mann-Whitney.

	Instituição (N=271)	Comunidade (N=1070)	Valor p
	<i>Média do Ranking</i>	<i>Média do Ranking</i>	
<b>SG</b>	641.65	678.43	0.162
<b>DF</b>	638.60	679.21	0.094
<b>FF</b>	518.17	709.71	<b>&lt;0.001</b>
<b>DE</b>	637.86	679.39	0.069
<b>FS</b>	622.58	683.26	<b>0.006</b>
<b>DC</b>	708.77	661.43	0.068
<b>SM</b>	624.96	682.66	<b>0.028</b>
<b>VT</b>	596.50	689.87	<b>&lt;0.001</b>

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

Quando analisados os locais de residência em cada concelho verificou-se que os idosos do concelhos de Valença e Caminha não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre idosos de Instituição e Comunidade, em nenhum dos domínios do SF36<sub>v2</sub> (Tabela 40). Os idosos do concelho de Monção apresenta diferenças estatisticamente significativas nos domínios DE ( $p=0.002$ ) e VT ( $p=0.030$ ). Os idosos de Paredes de Coura, Arcos de Valdevez e Ponte de Lima apresentam diferenças em apenas um domínio sendo estes DC ( $p=0.024$ ), SG ( $p=0.010$ ) e FF ( $p=0.002$ ), respetivamente. Os idosos do concelho de Viana do Castelo apresentam diferenças em dois domínios sendo eles FF ( $p=0.001$ ) e FS ( $p=0.028$ ). O concelho com diferenças em mais domínios é Ponte da Barca, nos domínios FF ( $p=0.002$ ), FS ( $p=0.021$ ), SM ( $p=0.051$ ) e VT ( $p=0.029$ ) (Tabela 40).

Quando se procurou diferenças entre os idosos das instituições de todos os concelhos, constatou-se que existem diferenças nos domínios FF ( $p=0.006$ ), DE ( $p=0.023$ ), SM ( $p=0.023$ ) e VT ( $p=0.052$ ) (Tabela 39). De forma a verificar entre que concelhos existem diferenças, recorreu-se ao *Pos-Hoc Dunnett's*. Os idosos de Paredes de Coura e Ponte da Barca apresentam diferenças nos domínios FF ( $p=0.026$ ) e SM ( $p=0.013$ ). No domínio DE essas diferenças foram entre os idosos de Melgaço e os de Monção ( $p=0.002$ ), Ponte da Barca ( $p=0.055$ ), Arcos de Valdevez ( $p=0.051$ ), Ponte de Lima ( $p<0.001$ ) e Viana do Castelo ( $p=0.002$ ). No domínio VT não foram detetáveis entre que concelhos existem diferenças.

Relativamente aos idosos da comunidade, constatou-se que existem diferenças, entre concelhos, nos domínios SG ( $p<0.001$ ), DF ( $p=0.007$ ), FF ( $p=0.001$ ), DE ( $p=0.017$ ), SM ( $p=0.001$ ) e VT ( $p<0.001$ ) (Tabela 40). Nos domínios DF e DE não foram detetáveis entre que concelhos existem diferenças. No domínio SG as diferenças verificaram-se entre os idosos do concelho Arcos de Valdevez e de Melgaço ( $p=0.026$ ) e Viana do Castelo ( $p<0.001$ ), e entre Ponte de Lima e Viana do Castelo ( $p=0.002$ ). Na FF as diferenças constataram-se entre os idosos de Viana do Castelo e os de Vila Nova de Cerveira ( $p=0.042$ ) e Ponte de Lima ( $p=0.026$ ). Na SM as diferenças foram encontradas entre os idosos de Arcos de Valdevez e Viana do Castelo ( $p=0.005$ ). Por último no domínio VT as diferenças foram entre idosos do concelho de Vila Nova de Cerveira e os de Melgaço ( $p<0.001$ ), Monção ( $p<0.001$ ), Valença ( $p=0.029$ ), Caminha ( $p=0.049$ ), Ponte de Lima ( $p=0.023$ ) e Viana do Castelo ( $p<0.001$ ), e entre os idosos de Arcos de Valdevez e os de Melgaço ( $p=0.008$ ), Monção ( $p=0.010$ ) e Viana do Castelo ( $p<0.001$ ).

Considerando apenas os idosos institucionalizados, o concelho cujos idosos obtiveram o melhor resultado médio em seis dos oitos domínios do questionário é Paredes de Coura. Por sua vez os idosos dos concelhos com resultados médios inferiores são Ponte da Barca (três domínios), Monção (três domínios) e Melgaço (dois domínios) (Apêndice 3 – Tabela 56).

Tendo em conta os idosos da comunidade, o concelho com melhor resultado médio é Viana do Castelo (quatro domínios), e os idosos dos concelhos com resultados mais baixos são Vila Nova de Cerveira, Ponte de Lima e Arcos de Valdevez (dois domínios cada) (Apêndice 3 – Tabela 56).

Tabela 40. Percepção do Estado de Saúde por concelho, em função do local de residência.

			SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT
		N	Média do Ranking							
Melgaço	I	2	34.50	44.75	50.00	66.50	19.50	63.00	19.00	13.75
	C	92	47.78	47.56	47.45	47.09	48.11	47.16	48.12	48.23
	Valor $\rho^*$	-	0.495	0.867	0.895	0.261	0.069	0.408	0.134	0.075
Monção	I	19	81.42	72.13	68.71	55.45	77.95	69.71	82.05	62.79
	C	152	86.57	87.73	88.16	89.82	87.01	88.04	86.49	88.90
	Valor $\rho^*$	-	0.668	0.176	0.105	<b>0.002</b>	0.386	0.122	0.712	<b>0.030</b>
Valença	I	17	38.24	30.24	28.59	34.38	34.38	41.29	34.21	30.18
	C	53	34.62	37.19	37.72	35.86	35.86	33.64	35.92	37.21
	Valor $\rho^*$	-	0.523	0.166	0.107	0.766	0.755	0.168	0.763	0.213
Paredes de Coura	I	12	40.38	39.13	41.25	31.88	39.92	47.96	38.38	40.00
	C	59	35.11	35.36	34.93	36.84	35.20	33.57	35.52	35.19
	Valor $\rho^*$	-	0.420	0.539	0.332	0.427	0.354	<b>0.024</b>	0.661	0.459
Caminha	I	40	44.46	42.14	38.70	41.80	40.54	45.64	41.78	43.19
	C	45	41.70	43.77	46.82	44.07	45.19	40.66	44.09	42.83
	Valor $\rho^*$	-	0.606	0.727	0.129	0.589	0.314	0.340	0.665	0.947
Ponte da Barca	I	28	34.48	33.39	28.36	36.13	31.64	38.71	32.05	31.29
	C	48	40.84	41.48	44.42	39.89	42.50	38.38	42.26	42.71
	Valor $\rho^*$	-	0.225	0.091	<b>0.002</b>	0.391	<b>0.021</b>	0.947	<b>0.051</b>	<b>0.029</b>
Arcos de Valdevez	I	33	99.03	85.15	70.55	78.80	78.30	85.74	78.02	77.27
	C	127	75.69	79.29	83.09	80.94	81.07	79.14	81.15	81.34
	Valor $\rho^*$	-	<b>0.010</b>	0.487	0.165	0.788	0.715	0.462	0.729	0.652
Ponte de Lima	I	74	92.40	94.16	80.01	90.62	97.23	101.30	94.22	86.99
	C	116	97.48	96.36	105.38	98.61	94.40	91.80	96.31	100.93
	Valor $\rho^*$	-	0.534	0.774	<b>0.002</b>	0.241	0.681	0.237	0.798	0.087
Viana do Castelo	I	46	168.83	166.10	132.66	169.53	157.70	187.96	183.64	171.09
	C	318	184.48	184.87	189.71	184.38	186.09	181.71	182.33	184.15
	Valor $\rho^*$	-	0.345	0.206	<b>0.001</b>	0.282	<b>0.028</b>	0.702	0.937	0.429
Instituição	Valor $\rho^{**}$	-	-	<b>0.006</b>	<b>0.023</b>	-	-	<b>0.023</b>	<b>0.052</b>	
Comunidade	Valor $\rho^{**}$	<0.001	<b>0.007</b>	<b>0.001</b>	<b>0.017</b>	-	-	<b>0.001</b>	<0.001	

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito. \* Teste de *Mann-Whitney*. \*\* Teste de *Kruskal-Wallis*.

**H8: Existem diferenças na Percepção do Estado de Saúde, entre a população idosa, em função da distância da sua residência à Unidade de Saúde de referência.**

De forma a encontrar relação entre distância à Unidade de Saúde e percepção do estado de saúde calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (tabela 41), tendo-se constatado que existe uma correlação negativa com a distância à Unidade de Saúde (em minutos) com os domínios DE e DC.

Tabela 41. Correlação entre a distância a Unidade de Saúde e percepção do Estado de Saúde.

		Distância à Unidade de saúde	SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT
Km	Correlação <i>Spearman</i>		-0.022	-0.030	-0.015	-0.049	-0.002	-0.038	-0.008	-0.022
	Valor $\rho$		0.423	0.267	0.589	0.070	0.941	0.168	0.766	0.420
Minutos	Correlação <i>Spearman</i>		-0.034	-0.027	-0.009	-0.055	0.010	-0.062	-0.035	-0.045
	Valor $\rho$		0.208	0.315	0.737	<b>0.045</b>	0.718	<b>0.022</b>	0.194	0.099

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

Tendo em conta o interesse em investigar a correlação em cada concelho apresenta-se, em primeiro lugar, os valores médios das distâncias à Unidade de Saúde (em quilómetros e minutos) de cada concelho (tabela 42). Os concelhos que apresentam em média maior distância à Unidade de Saúde foram os concelhos de Melgaço, Paredes de Coura e Monção (maior que 5km de distância), por outro lado os concelhos de Caminha e Viana do Castelo encontram-se em média mais próximos com médias inferiores a 3 quilómetros.

Através do coeficiente de correlação de *Spearman* averiguou-se que apenas os concelhos de Melgaço, Monção, Vila Nova de Cerveira, Paredes de Coura e Viana do Castelo apresentam correlações significativas entre a distância à Unidade de Saúde e a percepção do Estado de Saúde (tabela 43).

O concelho de Melgaço apresenta correlações positivas entre a distância (km), o tempo de deslocação (minutos) e os domínios Função Social, Saúde Mental e Vitalidade, ou seja, quanto mais distante ou mais tempo de deslocação até à Unidade de Saúde de referência, melhor a vida social, sentem-se mais calmos, felizes e com mais vitalidade. No concelho de Vila Nova de Cerveira verificaram-se correlações positivas entre a distância (km), o tempo de deslocação (minutos) e os domínios Função Social e Dor Corporal, ou seja, quanto mais distante ou mais tempo de deslocação à Unidade de Saúde, melhor a vida social e menor afeição da dor na sua vida. Em Viana do Castelo apenas se encontrou uma correlação positiva entre a distância (km) e a Função Social, ou seja quanto mais distante melhor a vida social dos idosos.

O Concelho de Monção apresenta correlações negativas entre a distância (km), o tempo de deslocação (minutos) e os domínios Função Física, Função Social, Dor Corporal e Vitalidade, ou seja quanto mais longe e distante a Unidade de Saúde se encontra mais limitados se sentem para realizar as tarefas do dia-a-dia, pior a vida social, maior afeição da dor na sua vida e mais cansados e com menos vitalidade se sentem. O concelho de Paredes de Coura apresenta correlações negativas para os domínios Dor Corporal e Vitalidade, ou seja quanto mais distante a

Unidade de Saúde maior afeção da dor e mais cansados e menos vitalidade é experienciado pelos idosos.

Tabela 42. Distância à Unidade de Saúde, por concelho.

Unidade de Saúde	Melgaço		Monção		Valença		Vila Nova de Cerveira		Paredes de Coura		Caminha		Ponte da Barca		Arcos de Valdevez		Ponte de Lima		Viana do Castelo	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<b>Distância (Km)</b>	7.93	4.76	5.99	5.54	4.34	2.83	4.73	0.81	6.55	3.61	2.72	2.55	4.09	4.01	4.14	4.53	4.29	4.81	2.75	3.01
<b>Tempo (Min)</b>	11.15	4.76	8.08	5.67	7.43	4.84	6.67	0.48	10.31	5.69	4.32	3.95	5.39	4.27	8.44	5.25	6.45	6.37	4.54	4.15

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

Tabela 43. Correlação entre distância à Unidade de Saúde e perceção do Estado de Saúde, por concelho.

		SG		DF		FF		DE		FS		DC		SM		VT	
		Spearman	Valor $\rho$														
Melgaço	Km	-0.064	0.537	0.054	0.608	0.149	0.151	-0.009	0.928	0.315	<b>0.002</b>	0.070	0.501	0.213	<b>0.039</b>	0.206	<b>0.046</b>
	Min	-0.048	0.643	0.064	0.538	0.163	0.117	-0.024	0.820	0.352	<b>0.001</b>	0.073	0.483	0.243	<b>0.018</b>	0.229	<b>0.026</b>
Monção	Km	-0.135	0.078	-0.037	0.633	-0.163	<b>0.034</b>	-0.097	0.208	-0.164	<b>0.033</b>	-0.158	<b>0.039</b>	-0.088	0.250	-0.219	<b>0.004</b>
	Min	-0.123	0.110	-0.043	0.579	-0.180	<b>0.018</b>	-0.080	0.296	-0.195	<b>0.010</b>	-0.174	<b>0.023</b>	-0.086	0.266	-0.240	<b>0.002</b>
Vila Nova de Cerveira	Km	0.059	0.652	0.044	0.738	0.131	0.318	-0.105	0.424	0.270	<b>0.037</b>	0.315	<b>0.014</b>	0.193	0.140	0.200	0.125
	Min	0.059	0.652	0.044	0.738	0.131	0.318	-0.105	0.424	0.270	<b>0.037</b>	0.315	<b>0.014</b>	0.193	0.140	0.200	0.125
Paredes de Coura	Km	-0.146	0.225	-0.075	0.532	-0.066	0.587	0.075	0.535	-0.083	0.491	-0.290	<b>0.014</b>	-0.199	0.095	-0.227	0.057
	Min	-0.167	0.165	-0.097	0.422	-0.104	0.389	0.036	0.763	-0.072	0.552	-0.303	<b>0.010</b>	-0.186	0.120	-0.258	<b>0.030</b>
Viana do Castelo	Km	0.053	0.312	-0.010	0.855	0.044	0.403	-0.001	0.979	0.107	<b>0.040</b>	-0.017	0.744	0.055	0.298	0.029	0.584
	Min	0.089	0.090	0.006	0.908	0.061	0.244	-0.024	0.648	0.101	0.055	-0.011	0.833	0.010	0.843	0.012	0.826

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

**H9: Existem correlações na Percepção do Estado de Saúde, entre a população idosa, em função da distância da sua residência ao hospital de referência.**

Para perceber a relação entre distância ao Hospital de referência e percepção do estado de saúde calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (tabela 44), tendo-se constatado que existe uma correlação negativa com a distância ao Hospital (em quilómetros e minutos) apenas para o domínio DE.

Tabela 44. Correlação entre a distância ao Hospital de referência e a percepção do Estado de Saúde.

Distância ao Hospital		SG	DF	FF	DE	FS	DC	SM	VT
Km	<b>Correlação Spearman</b>	-0.007	-0.032	0.007	-0.095	-0.038	-0.027	-0.034	-0.022
	<b>Valor <math>\rho</math></b>	0.794	0.244	0.793	<b>0.001</b>	0.164	0.315	0.217	0.415
Minutos	<b>Correlação Spearman</b>	-0.015	-0.034	0.003	-0.103	-0.030	-0.022	-0.038	-0.026
	<b>Valor <math>\rho</math></b>	0.592	0.214	0.924	<b>&lt;0.001</b>	0.271	0.424	0.166	0.345

Nota: SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As diferenças estatísticas encontram-se a negrito.

Procurou-se investigar também a correlação em cada concelho, apresentando-se em primeiro lugar, os valores médios das distâncias ao Hospital (em quilómetros e minutos) (Tabela 45). Os concelhos que apresentam em média maior distância ao Hospital de referência foram os concelhos de Melgaço, Monção, Valença e Vila Nova de Cerveira (maior que 30km de distância). Os restantes concelhos apresentam valores médios de distância inferiores a 30 quilómetros.

Através do coeficiente de correlação de *Spearman* averiguou-se que apenas os concelhos de Melgaço, Vila Nova de Cerveira, Paredes de Coura e Viana do Castelo apresentam correlações entre a distância ao Hospital de referência e a percepção do Estado de Saúde (Tabela 46).

O concelho de Melgaço apresenta correlações positivas entre a distância (km), o tempo de deslocação (minutos), e o domínio Desempenho Físico, e o tempo de deslocação e o domínio Função Social, ou seja quanto mais distante e mais tempo demoram até ao Hospital, menor os problemas em fazer as tarefas do dia-a-dia e melhor a vida social do idoso. No concelho de Vila Nova de Cerveira verificaram-se correlações positivas entre a distância (km), o tempo de deslocação (minutos) e os domínios Função Social e Dor Corporal, ou seja, quanto mais distante ou mais tempo de deslocação ao Hospital, melhor a vida social e menor afeição da dor na sua vida.

Em Viana do Castelo apenas se encontrou uma correlação negativa entre a distância (km) e o tempo de deslocação ao Hospital, e os domínios Saúde Geral e Dor Corporal, isto é, quanto mais distante e mais tempo de deslocação, pior a percepção de saúde e maior interferência da dor na vida do idoso. Relativamente a Paredes de Coura encontraram-se correlações negativas entre a distância e tempo de deslocação, e os domínios Função Física e Desempenho Emocional, e correlações positivas com o domínio Função Social, o que significa que quanto mais longe do hospital e maior o tempo de deslocação, os idosos sentem-se mais limitados, têm mais problemas em realizar as tarefas do dia-a-dia por questões emocionais, mas melhor a vida social.

Tabela 45. Distância ao Hospital de referência, por concelho

Hospital	Melgaço		Monção		Valença		Vila Nova de Cerveira		Paredes de Coura		Caminha		Ponte da Barca		Arcos de Valdevez		Ponte de Lima		Viana do Castelo	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<b>Distância (Km)</b>	90.82	4.23	74.14	5.99	51.69	3.34	39.30	3.42	25.49	2.77	26.92	7.12	19,50	4.66	27.60	7.27	8.23	4.46	8.35	6.21
<b>Tempo (Min)</b>	85.02	4.79	68.35	7.34	46.26	4.08	31.67	3.33	33.39	5.96	24.55	2.84	22.21	4.80	33.59	8.21	11.34	5.80	11.29	6.33

Tabela 46. Correlação entre distância ao Hospital de referência e percepção do Estado de Saúde, por concelho.

		SG		DF		FF		DE		FS		DC		SM		VT	
		Spearman	Valor $\rho$														
Melgaço	Km	0.004	0.971	0.327	<b>0.001</b>	0.039	0.712	0.163	0.117	0.108	0.302	0.115	0.269	0.004	0.973	0.033	0.755
	Min	-0.010	0.922	0.341	<b>0.001</b>	0.113	0.278	0.170	0.101	0.255	<b>0.013</b>	0.146	0.161	0.123	0.239	0.137	0.190
Vila Nova de Cerveira	Km	0.059	0.652	0.044	0.738	0.131	0.318	-0.105	0.424	0.270	<b>0.037</b>	0.315	<b>0.014</b>	0.193	0.140	0.200	0.125
	Min	0.059	0.652	0.044	0.738	0.131	0.318	-0.105	0.424	0.270	<b>0.037</b>	0.315	<b>0.014</b>	0.193	0.140	0.200	0.125
Paredes de Coura	Km	-0.215	0.071	-0.134	0.264	-0.285	<b>0.016</b>	-0.240	<b>0.044</b>	0.260	<b>0.029</b>	0.081	0.503	0.161	0.179	-0.061	0.616
	Min	-0.172	0.152	-0.119	0.321	-0.240	<b>0.043</b>	-0.229	<b>0.054</b>	0.255	<b>0.032</b>	0.159	0.186	0.191	0.111	-0.044	0.715
Viana do Castelo	Km	-0.115	<b>0.029</b>	-0.008	0.873	0.006	0.903	-0.021	0.691	-0.009	0.865	-0.110	<b>0.036</b>	0.054	0.301	0.043	0.411
	Min	-0.144	<b>0.006</b>	-0.005	0.929	-0.044	0.398	0.003	0.956	-0.013	0.802	-0.117	<b>0.026</b>	0.023	0.667	0.006	0.907

SG– Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade. As estatísticas encontram-se a negrito.



## 1. Discussão

Este capítulo encontra-se subdividido em duas partes relacionados entre si, sendo que na primeira são discutidos os resultados do estudo em confronto com os valores de referência para a população portuguesa e na segunda parte são discutidos os resultados do estudo, segundo a ordem das hipóteses do estudo.

### 1.1. A percepção de Saúde da População Portuguesa

O questionário de avaliação da auto percepção do estado de saúde (SF36<sub>v2</sub>) está validado e tem sido utilizado em todo o mundo (Adami et al., 2011; Ayama et al., 2009; Brazier et al., 1996; Garber et al., 2010; Januário et al., 2011; Lopez-Garcia et al., 2003; Netto, 2004; Orlando et al., 2013; Pollicino & Saltman, 2000; Villareal et al., 2006). Em Portugal, ele foi validado em 2000 (Ferreira, 2000a, 2000b), pelo Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira, que em 2003 procurou contribuir para as normas portuguesas da percepção do estado de saúde e Qualidade de Vida (Ferreira & Santana, 2003) tendo, em 2012, publicado os dados normativos para a população portuguesa (Ferreira et al., 2012).

A aplicação do questionário em território português tem sido frequente, realçando os estudos com a população idosa (Alves, 2011; Correia, 2012; Ferreira, Brito, & Ferreira, 2010; Lopes, 2004; Mota et al., 2006; Pinheiro, 2013; Pontedeira, 2012; Praça, 2012; Santos & Pereira, 2008; Severo et al., 2006; Teixeira, 2005; Wanderley et al., 2011). Alguns deles não analisam apenas a percepção de saúde mas procuram relacionar com níveis de atividade física, meios rural e urbano, instituição e comunidade entre outros.

À semelhança dos resultados obtidos em estudos anteriores (Alves, 2011; Pontedeira, 2012; Praça, 2012; Santos & Pereira, 2008; Severo et al., 2006; Wanderley et al., 2011), relativamente ao SF36<sub>v2</sub>, também o nosso apresenta os piores resultados no domínio SG. No entanto relativamente ao domínio com melhor valor, apenas o estudo de Severo (2006) se assemelha, com o domínio DE a mostrar melhor *score*. Nos restantes estudos o domínio com melhor valor é o domínio FS (Alves, 2011; Praça, 2012; Wanderley et al., 2011). Dos estudos encontrados, o de Praça (2012) apresenta os valores mais baixos em todos os domínios do SF36<sub>v2</sub>. Nos domínios de SG e DF os valores mais elevados são os expostos no estudo de Pontedeira (2012). Para os domínios de FS, DC e SM os resultados mais altos são os de Wanderley (2011). No domínio FF o valor mais elevado é apresentado no estudo de Santos (2008). Relativamente aos domínios DE e VT os resultados mais altos foram os encontrados no presente estudo. De notar que os resultados mais altos não são exibidos pelos estudos cujas amostras apresentam um grande leque de idades, mas sim estudos com idades mais próximas da média de idade da amostra do presente estudo. Percebe-se ainda que para o Alto Minho, os valores de percepção do estado de saúde se encontram entre os valores médios mais altos e mais

baixos dos encontrados nestes estudos com exceção de uma melhor percepção em termos de desempenho emocional e vitalidade.

Quando comparados os valores do presente estudo com os valores de referência de Ferreira 2003 e Ferreira 2012, verifica-se que a nossa amostra apresenta valores inferiores nos domínios Função Física e Saúde Mental, Saúde Geral, Função Física, Dor Corporal e Saúde Mental. As diferenças face aos valores de referência de 2003 podem dever-se ao facto das idades serem próximas e portanto apresentarem pior percepção do estado de saúde nos domínios FF e SM, que dizem respeito a limitações físicas e percepção geral da saúde. Por sua vez as diferenças face aos valores de referência de 2012 podem dever-se ao facto da amostra de 2012 ter um leque de idade mais amplo, ou seja abrange idades desde os 18 até aos mais de 70 anos.

## **1.2.A percepção de Saúde dos Idosos do Alto Minho**

Nesta parte serão discutidos os resultados segundo a ordem das hipóteses de estudo. Salvaguarda-se que existem estudos com concelhos do Alto Minho (Ponte de Lima, Vila Nova de Cerveira e Arcos de Valdevez) e que, embora não se possam fazer comparações, uma vez que a média de idades é mais baixa e o tamanho da amostra é questionável do ponto de vista estatístico, serão sempre um ponto de partida para a análise (ainda que condicionada) dado não haver estudos específicos para esta população.

### **1.2.1.Concelhos**

O Distrito de Viana do Castelo é composto por dez concelhos (Melgaço, Monção, Valença, Vila Nova de Cerveira, Paredes de Coura, Caminha, Ponte da Barca, Arcos de Valdevez, Ponte de Lima e Viana do Castelo), destes concelhos alguns foram objeto de investigação de alguns estudos, nomeadamente Ponte de Lima (Alves, 2011), Vila Nova de Cerveira (Pontedeira, 2012) e Arcos de Valdevez (Pinheiro, 2013).

Dos estudos referidos Alves (2011) e Pontedeira (2012) apresentam valores positivos (superiores a 50%), enquanto o de Pinheiro (2013) expõe valores negativos (inferiores a 50%), relativamente à percepção de saúde. Em comparação com o estudo de Alves (2011), o presente estudo apresenta melhores resultados, nos domínios DF, DE, FS, DC e VT, por outro lado para os domínios SG, FF e SM os valores do nosso estudo são inferiores. Pontedeira (2012), que avaliou a população de Vila Nova de Cerveira, exhibe valores superiores aos do presente estudo, em todos os domínios avaliados. Estas diferenças são mais evidentes nos domínios SG e FF. No concelho de Arcos de Valdevez constata-se que os resultados encontrados no presente estudo são superiores aos de Pinheiro (2013) com exceção do domínio SG.

Constatamos ainda que existem diferenças na percepção do estado de saúde entre os concelhos do Alto Minho, para os domínios SG, DF, FF, DE, FS, SM e VT. Assim, os idosos do concelho de Paredes de Coura apresenta os melhores resultados nos domínios FF, FS, DC e SM,

os de Viana do Castelo tem melhor resultado nos domínios SG e VT, e os idosos de Valença e Caminha tem os melhores resultados no DF e DE, respetivamente. Por sua vez os idosos dos concelhos com resultados mais baixos foram os de Ponte da Barca, para os domínios FF, FS e SM, os idosos de Ponte de Lima nos domínios SG e DF., os idosos de Vila Nova de Cerveira para os domínios DC e VT e os idosos de Paredes de Coura no Desempenho Emocional.

Em suma, salienta-se que os resultados foram, para todos os domínios, superiores a 40%, em todos os concelhos, apresentando-se o domínio SG como o domínio com resultados mais baixos, ou seja quer de forma geral (total de 1341 idosos), quer de forma mais específica (por cada concelho), os idosos do Alto Minho apresentam uma perceção de saúde positiva. De salientar que os dois concelhos com melhores resultados fazem parte dos municípios com programas de exercício físico para idosos implementados.

### **1.2.2. Sexo**

A literatura refere que o sexo masculino apresenta melhores resultados na perceção do estado de saúde (SF36<sub>v2</sub>) em relação às mulheres, ou seja, os homens reportam uma melhor qualidade de vida que as mulheres (Coelho & Pedroso, 2012; Fernandez-Martinez et al., 2012; Ferreira et al., 2012; Guallar-Castillón, Sendino, Banegas, López-Garcia, & Rodríguez-Artalejo, 2005; Lima et al., 2009; López-Garcia et al., 2003; Pimenta et al., 2008; Syddall, Martin, Harwood, Cooper, & Sayer, 2009). Também alguns estudos realizados com população idosa portuguesa apresentam valores superiores no sexo masculino em comparação com o feminino (D. Alves, 2011; Pinheiro, 2013; Pontedeira, 2012; Wanderley et al., 2011). No presente estudo, tal como nos anteriores, também se verificou existirem diferenças estatisticamente significativas para todos os domínios. Com efeito, nesses estudos Alves (2011), Pontedeira (2012) e Wanderley (2011) encontraram diferenças estatisticamente significativas entre sexo, sendo que os homens apresentam melhor perceção que as mulheres. Por outro lado, Pinheiro (2013) não encontrou quaisquer diferenças estatísticas significativas a este nível. No presente estudo verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas para todos os domínios, entre homens e mulheres.

De alguns estudos realizados com a população idosa portuguesa, e tendo em consideração o sexo feminino verificou-se que os resultados encontrados por Wanderley (2011) são mais elevados que os restantes e o presente estudo. Os valores mais baixos são os referidos em Alves (2011) com exceção do domínio SM em que o valor mais baixo foi encontrado neste estudo. O facto dos valores de Wanderley (2011) se apresentarem superiores aos restantes, para o sexo feminino, pode dever-se ao facto da amostra apresentar uma média de idades mais baixa, 67.8 enquanto no presente estudo a média é de 78.9 anos.

Quando comparados os resultados entre as mulheres de todos os concelhos constatou-se que existem diferenças entre eles, em quase todos os domínios do questionário, com exceção da Função Social. Destaca-se as mulheres de Paredes de Coura (SM, DC, FS), Melgaço (DF, FF),

Viana do Castelo (VT), Caminha (DE) e Vila Nova de Cerveira (SG) com melhores resultados médios, e em oposição os concelhos de Ponte de Lima (SG, DF), Ponte da Barca (FF, SM, DC, FS), Vila Nova de Cerveira (VT) e Paredes de Coura (DE).

No que concerne ao sexo masculino, e por comparação com as evidências dos restantes estudos, verifica-se que com exceção dos domínios SG, DF, FF e SM, em que os de Wanderley (2011) se mantêm superiores, para os restantes domínios os melhores *scores* foram os obtidos neste estudo. Destaca-se que apesar de em todos os estudos o sexo masculino apresentar valores mais elevados, a diferença de resultados entre sexos é mais elevada no atual estudo, sendo que Alves (2011) e Pontedeira (2012) apresentam resultados semelhantes. Este achado pode dever-se ao facto do tamanho da amostra de Wanderley (2011) ser inferior, e por no caso de Alves (2011) e Pontedeira (2012) se tratar da mesma população (Alto Minho), corroborando-se estes resultados para a região.

Quando comparados os valores entre os homens de todos os concelhos constatou-se que apenas existem diferenças entre concelhos para os domínios FF, DE, SM e VT. Destacam-se os homens de Valença (SG, DF, FF), Ponte da Barca (DE, DC), Paredes de Coura (SM), Caminha (VT) e Viana do Castelo (FS), com melhores resultados médios, por oposição a Vila Nova de Cerveira (SG, DF, FF, SM, VT, DC), Melgaço (DE) e Ponte da Barca (FS) com piores resultados.

Tal como constatado pela literatura, no presente estudo também o sexo feminino apresenta perceção de saúde inferior e pior qualidade de vida em relação ao sexo masculino. Tendo em conta que os homens têm uma esperança de vida inferior à das mulheres, no entanto a percentagem de anos em que podem viver sem incapacidade é superior à das mulheres (Pinto, 2006), importa frisar a importância de atuar no sexo feminino para que as idosas consigam de igual forma experienciar menos anos de incapacidade.

### **1.2.3.Estado Civil**

Segundo a literatura os indivíduos casados ou em união de facto apresentam melhores *scores* de perceção do estado de saúde, ou seja melhor qualidade de vida quando comparados com os indivíduos viúvos, divorciados e solteiros (Ferreira et al., 2012; Ferreira & Santana, 2003; Lima et al., 2009; Pimenta et al., 2008).

No presente estudo verificou-se que existem diferenças na perceção do estado de saúde de acordo com o estado civil, para os domínios SG, DF, FF, FS, SM e VT, sendo que os casados apresentam melhores resultados em quase todos os domínios. Os valores mais baixos foram encontrados para o estado civil divorciado. Ou seja, os casados apresentam melhor perceção da sua saúde (SG), menos limitações físicas para executar tarefas diárias (FF), melhor função social (FS), melhor perceção em termos de bem-estar psicológico (SM) e melhor bem-estar físico (VT). Dentro de cada concelho constatou-se que os idosos Valença e Paredes de Coura não apresentam diferenças entre a perceção do estado de saúde tendo em conta o estado civil. No entanto, os idosos dos restantes concelhos, surgem diferenças em pelo menos um domínio, salientando-se Viana do Castelo com diferenças entre o estado civil em seis domínios do SF36<sub>v2</sub>.

Quando comparados os resultados entre os solteiros de todos os concelhos destaca-se os idosos de Paredes de Coura com os melhores resultados, ao contrário dos idosos de Vila Nova de Cerveira, Ponte da Barca e Melgaço, com os piores resultados. Para os casados salienta-se Viana do Castelo com os melhores resultados médios e Vila Nova de Cerveira e Ponte de Lima como os piores. No caso dos viúvos os melhores resultados médios foram obtidos no concelho de Paredes de Coura e Melgaço, e os piores resultados em Caminha e Vila Nova de Cerveira.

À semelhança do referido na literatura constatou-se também que os indivíduos casados apresentam uma melhor perceção do estado de saúde, independentemente do concelho onde residem, sendo fundamental que se atue sobre idosos sem família convencional estruturada, solteiros, divorciados e viúvos, de forma a melhorar a sua função social, melhorando desta forma a vida social e diminuindo questões de depressão, ansiedade e aumentando o bem-estar.

#### **1.2.4. Idade**

No que concerne á idade, a literatura refere que com o avanço da idade a perceção geral de saúde tende a diminuir (Ferreira et al., 2012; Ferreira & Santana, 2003; Lima et al., 2009).

Os estudos de Alves (2011) e Pontedeira (2012) encontraram diferenças estatisticamente significativas entre septuagenários e octogenários, sendo que os septuagenários apresentam melhor perceção de saúde. Por outro lado Pinheiro (2013) não encontrou diferenças estatísticas significativas entre grupos etários, no concelho de Arco de Valdevez. No presente estudo verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas, entre grupos etários, nos domínios SG, DF, FF, DC, SM e VT.

Os octogenários apresentam valores mais baixos que os seus colegas, exceto no domínio Função Física (referente a limitações para executar as tarefas do dia-a-dia), em que os septuagenários apresentam menos limitações e os nonagenários mais. Os septuagenários apresentam melhor desempenho físico, função física, melhor bem-estar psicológico e mais vitalidade. Os nonagenários apresentam melhor perceção do estado de saúde, melhor desempenho emocional, melhor função social e a dor tem menos preponderância na sua vida. Dentro de cada concelho constatou-se que apenas os concelhos de Melgaço, Ponte da Barca, Arcos de Valdevez, Ponte de Lima e Viana do Castelo, apresentam diferenças entre grupos etários, com melhores resultados pertencentes a septuagenários e nonagenários.

Quando comparados os resultados entre os septuagenários de todos os concelhos destaca-se Melgaço e Viana do Castelo com melhores resultados, e Vila Nova de Cerveira e Valença com piores resultados. Quanto aos octogenários salienta-se Paredes de Coura com melhores scores e Ponte da Barca com pior. E por último, nos nonagenários os melhores resultados de perceção de saúde dos nonagenários foram em Melgaço e Caminha, e os piores resultados em Vila Nova de Cerveira.

De acordo com os resultados obtidos verificou-se que ocorreu uma diminuição da perceção de saúde entre septuagenários e octogenários, tal como descrito na literatura, mas não entre octogenários e nonagenários. Além do tamanho amostral, estas diferenças podem dever-se

à expectativa de saúde nas idades mais avançadas, ou seja tendo em conta que a esperança média de vida no Alto Minho é de 80.8 anos, é natural que os idosos entre 80 e 89 anos apresentem uma pior perceção de saúde em relação aos nonagenários, que por ultrapassarem esta barreira se associa que estejam bem de saúde. Desta forma é essencial que se atue neste grupo etário (octogenários).

### **1.2.5. Atividade Física**

Alguns estudos reportam que a prática de atividade física melhora a qualidade de vida (Nakagava & Rabelo, 2007; Orlando et al., 2013). Além disso também são vários os que indicam que os idosos mais ativos apresentam melhores scores de perceção do estado de saúde face aos idosos menos ativos ou sedentários (Caporicci & Neto, 2011; Januário et al., 2011; Pacheco et al., 2005; Toscano & Oliveira, 2009).

Também em Portugal surgiram alguns estudos com a temática da atividade física e perceção da qualidade de vida em idosos (Lobo et al., 2008; Mota et al., 2006; Teixeira, 2005; Wanderley et al., 2011). Para todos os estudos a conclusão é comum, nomeadamente, os mais ativos exibem valores mais elevados face aos não ativos, para quase todos ou todos os domínios do SF36<sub>v2</sub>.

Os presentes resultados, em comparação com Mota (2006), apresenta scores mais baixos para os domínios SG, DF, FF, DC, SM e VT, quando considerados os indivíduos ativos. Por outro lado, com exceção dos domínios SG e FF, os scores do atual estudo, para indivíduos não ativos, são mais elevados. Já Teixeira (2005) apresenta valores mais baixo que o presente trabalho, apesar da amostra englobar idades mais baixas.

Tendo em consideração a média de idades, em que o nosso estudo apresenta média superior, estas diferenças podem também dever-se à avaliação da atividade física em que nos estudos apresentados (Mota et al., 2006; Teixeira, 2005) os idosos praticavam atividade física orientada, ao contrário do nosso estudo em que apenas era auto reportado pelos idosos se praticavam alguma atividade física ou não.

Relativamente ao presente estudo, e no que respeita a prática de atividade física, ficou demonstrado que os que praticam atividade física apresentam melhor perceção do estado de saúde para todos os domínios do SF36<sub>v2</sub>, à semelhança do encontrado na literatura (Caporicci & Neto, 2011; Januário, Junior, Liutti, Decker, & Molari, 2011; Lobo, Santos, Carvalho, & Mota, 2008; Mota, Ribeiro, Carvalho, & Matos, 2006; Pacheco, Cesar, Oliveira Jr, & Storer, 2005; Teixeira, 2005; Toscano & Oliveira, 2009; Wanderley et al., 2011). No entanto, e tendo-se verificado que a média do IMC da amostra é elevada, e que o excesso de peso aumenta em quatro vez mais a prevalência para a Diabetes (Observatório Nacional da Diabetes, 2014), e que a literatura refere que o aumento do IMC afeta negativamente os domínios físicos do SF36<sub>v2</sub> (FF, DF, DC e SG) (Santos & Pereira, 2008; Vasiljevic et al., 2008; Villareal, Banks, Sinacore, Siener, & Klein, 2006), procurou-se identificar a correlação entre o IMC e a perceção de saúde.

Como achados encontrou-se correlação negativa com todos os domínios, no entanto apenas são significativas para os domínios FF, FS, SM e VT. Desta forma percebeu-se que os idosos com IMC elevado apresentam pior função física, função social, saúde mental e vitalidade, ou seja, mais limitados, com menos atividades sociais, mais deprimidos, ansiosos, com pior bem-estar físico e psicológico.

Os resultados indicam que o excesso de peso pode afetar não só a componente física mas também a componente mental. O aumento do peso condiciona em termos físicos, e como consequência pode conduzir a maior isolamento e diminuição da saúde mental. Tendo em conta que a percentagem de inscritos com Diabetes, na ULSAM, é de 7.6, e que este valor é superior ao registado no continente (6.9), os nossos resultados parecem comprovar a importância de programas de exercício físico não só como complemento para perda de peso, mas também para melhorar a aptidão física, melhorando também a saúde mental e vida social dos idosos mesmos.

### **1.2.6. Distribuição Geográfica**

A área de residência é um dos fatores que condiciona a percepção de saúde, porque em meios rurais o idoso ainda trabalha e dessa forma é economicamente mais independente, tendo um nível de vida melhor e com melhor bem-estar, sendo mais autónomo. Na cidade o idoso poderá estar mais isolado, em questão de se relacionar com as pessoas, resultando numa qualidade de vida mais baixa em que cada um se preocupa com os seus problemas, sem pensar no vizinho, ou possivelmente devido a um meio ambiente mais degradado (Anes, Fernandes, Antão, Magalhães, & Geraldês, 2012; Araújo, Ramos, & Lopes, 2011; Lopes, 2004; Melo & Neto, 2003).

Alguns estudos têm sido apresentados com o objetivo de perceber as diferenças entre idosos do meio rural e urbano (Anes et al., 2012; Araújo et al., 2011; Beltrame et al., 2012; Lopes, 2004; Sabbah et al., 2003). Anes (2012) constatou que os idosos do meio rural apresentam melhor percepção do estado de saúde em relação ao meio urbano. Por outro lado Araújo (2011) constatou que os idosos dos meios rurais percecionaram a sua saúde como pior que os da zona urbana. Beltrame (2012) verificou que os idosos do meio rural apresentam melhores scores em todos os domínios do SF36<sub>v2</sub> no entanto apenas nos domínios FS e SG as diferenças são significativas. Lopes (2004) apurou que para os domínios SG, DC, SM e VT os valores de melhor estado de saúde se encontravam em idosos que habitam em meio urbano. Por outro lado, para os domínios DF, FF, DE e FS os valores de melhor estado de saúde encontram-se nos que habitam em meio rural.

Relativamente ao presente estudo verificamos que para os domínios SG, DF, DE, DC e SM os valores de melhor percepção de estado de saúde encontram-se nos idosos que habitam em meios predominantemente urbanos. Por outro lado, para os domínios FF, FS e VT os melhores resultados foram exibidos nos que habitam em meios predominantemente rurais. Desta forma, os meios predominantemente urbanos apresentaram melhor percepção de saúde, melhor desempenho físico e emocional, a dor tem menos preponderância na sua vida e apresentam

melhor bem-estar psicológico. Os meios predominantemente rurais apresentam melhor função física, função social e bem-estar (vitalidade, energia). Estes achados, apesar de apresentar valores superiores, são semelhantes ao estudo de Lopes (2004) com idosos portugueses.

O Litoral, onde se englobam os concelhos de Vila Nova de Cerveira, Caminha e Viana do Castelo, expõe melhor percepção de saúde em relação ao interior (Concelhos de Melgaço, Monção, Valença, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Arcos de Valdevez e Ponte de Lima). Também o Vale do Minho, do qual fazem parte os concelhos de Melgaço, Monção, Valença, Vila Nova de Cerveira, Paredes de Coura e Caminha, apresenta melhor percepção de saúde face ao Vale do Lima (Ponte da Barca, Arcos de Valdevez, Ponte de Lima e Viana do Castelo).

Estas diferenças de percepção de saúde quer entre urbano e rural e entre Litoral e Interior podem dever-se ao facto de nas zonas litorais e urbanas haver uma maior oferta de serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2012e).

### **1.2.7. Residência**

Com o envelhecimento ocorrem perdas da capacidade funcional tornando os idosos mais dependentes (Gault & Willems, 2013) o que, devido às atuais condições de vida, conduz a um aumento dos idosos institucionalizados (Lobo et al., 2008).

Alguns estudos reportam que os idosos a viver em comunidade apresentam melhor percepção de saúde (Correia, 2012) e bem-estar (Rodriguez-Blazquez et al., 2012) face aos idosos institucionalizados. Um dos estudos encontrados avaliou também a diferença na percepção de saúde entre idosos a residir em instituições e comunidade (Correia 2012). Os resultados encontrados por Correia (2012) são inferiores em todos os domínios em relação ao presente trabalho. O autor constatou que os idosos em comunidade exibem melhores resultados em todos os domínios, em relação aos institucionalizados, e que os idosos em instituição apresentam mais sentimentos de solidão.

No presente trabalho os achados foram semelhantes com exceção do domínio DC em que surge com melhor resultado nos idosos institucionalizados. Esta diferença pode dever-se ao facto de por se encontrarem em instituições, e acompanhados por profissionais de saúde, se sintam melhor em relação à dor.

Estatisticamente as diferenças foram significativas entre pessoas institucionalizadas e as que se encontram a viver na comunidade para os domínios FF, FS, SM e VT. Quando analisados os locais de residência em cada concelho constatou-se que os idosos de Valença e Caminha não apresentam diferenças entre instituição e comunidade para nenhum dos domínios do questionário. Por sua vez os idosos de Monção, Paredes de Coura, Arcos de Valdevez, Ponte de Lima e Viana do Castelo apresentam diferenças em pelo menos um domínio do SF36<sub>v2</sub> e os idosos do concelho de Ponte da Barca são aqueles com diferenças em mais domínios.

Tendo em conta os achados para ser importante intervir, sobretudo nas instituições, com programas que melhorem a capacidade funcional de forma a melhorar a percepção de saúde dos

idosos, contribuindo desta forma para uma manutenção da autonomia e independência, fundamental nesta faixa etária.

### **1.2.8. Distância às Unidades de Saúde e Hospital de referência**

Segundo a literatura alguns dos determinantes da utilização dos serviços de saúde, por parte dos utentes, são as necessidades de saúde, características geográficas, entre outros (Travassos & Martins, 2004). Assim, o acesso aos cuidados de saúde assume várias dimensões: geográfica (tempo e distância de deslocação), organizacional (organização dos recursos de saúde), sociocultural (perceção sobre saúde/doença, aspetos sociais e culturais) e económica (Figuroa Pedraza & Cavalcanti Costa, 2014; D. D. Ramos & Lima, 2003). Alguns estudos indicam que os principais motivos para a não utilização dos serviços de saúde são a qualidade destes, os transportes e a distância aos serviços de saúde (Leão e Silva, Dias, Soares, & Rodrigues, 2011; Louvison et al., 2008; Mendoza-sassi & Béria, 2001; Silva Júnior, Medina, Aquino, Fonseca, & Vilasbôas, 2010). Desta forma e tendo em conta que a literatura refere que a distância aos serviços de saúde influencia a utilização dos mesmos, pretendeu-se verificar se a distância à Unidade de Saúde e ao hospital de referência influenciam a perceção do estado de saúde dos idosos Alto Minho.

Através do coeficiente de correlação de *Spearman* constatamos que existe uma correlação significativa, negativa com o tempo de deslocação à Unidade de Saúde e os domínios DE e DC, ou seja, o desempenho emocional e a afeção da dor na sua vida são influenciados pelo tempo de deslocação ao posto. Quanto mais tempo demoram até à Unidade de Saúde, maior limitação por motivos emocionais os idosos experienciam e maior afeção da dor na sua vida.

Quando se analisa por concelho percebe-se que Melgaço, Monção, Vila Nova de Cerveira, Paredes de Coura e Viana do Castelo apresentam correlações significativas entre a distância e tempo de deslocação à Unidade de Saúde e a perceção do estado de saúde.

Os concelhos que apresentaram correlações significativas são aqueles que as distâncias médias da habitação às Unidades de Saúde de referência são maiores. Pensamos que as diferentes perceções e a influência que a distância tem, são diferentes em cada concelho por estarem associadas a locais mais rurais, em que tendencialmente o idoso é mais autónomo e com uma rede social sobretudo composta por família e vizinhos.

Quando avaliada a influência da distância e tempo de deslocação ao Hospital de referência na perceção de saúde dos idosos, verifica-se que o desempenho emocional, é influenciado pela distância ao Hospital, ou seja quanto mais distante e quanto mais tempo demoram até ao hospital, maior limitação por motivos emocionais os idosos experienciam.

Quando se analisa por concelho percebe-se que Melgaço, Vila Nova de Cerveira, Paredes de Coura e Viana do Castelo voltam a apresentar correlações significativas, negativas, entre a distância e tempo de deslocação ao Hospital de referência e a perceção do estado de saúde.

Dos concelhos com médias mais distantes (superior a 30km) apenas Melgaço e Vila Nova de Cerveira apresentaram correlações significativas com a perceção de saúde. Os concelhos de

Monção e Valença não apresentam correlações significativas pensando-se que poderá dever-se ao facto de em Monção possuírem um Serviço de Urgência Básica e porque Valença se encontra situado numa zona de fácil acesso quer aos serviços em Espanha quer aos serviços Viana do Castelo, Porto e Braga. Por outro lado Paredes de Coura encontra-se mais distante e mais isolado, afetando negativamente a perceção dos idosos. Todavia em Viana do Castelo, apesar de ser o concelho que em média se encontra mais perto do Hospital, constatou-se uma afetação negativa na saúde geral e interferência da dor na vida dos idosos conforme o aumento da distância e tempo de deslocação, provavelmente por se encontrar tão perto dos idosos a mínima variação da distância e tempo lhe afete a perceção de saúde.

Em suma, constatou-se que o acesso geográfico interfere na perceção de saúde dos idosos do Alto Minho, salientando-se que é importante uma maior participação dos idosos na sua saúde de forma a promover e manter uma boa saúde. Nestas situações, poderá ser interessante promover maior interação entre os serviços de saúde e os idosos, no sentido de desenvolver um sentimento mais securizante. Os serviços de proximidade e os debates com os líderes comunitários sobre a sua natureza e abrangência podem ainda constituir aspetos a potenciar.

## **V.CONCLUSÕES**

---

## Conclusões

As conclusões que iremos apresentar resultam da análise dos resultados obtidos neste estudo, pretendendo, essencialmente, dar resposta aos objetivos estabelecidos inicialmente, apresentando também limitações e sugestões para estudos futuros.

O presente estudo apresenta os resultados do levantamento da perceção de saúde dos idosos do Alto Minho apresentando alguns determinantes da perceção nesta população. Espera-se, desta forma, que os achados do presente trabalho possam contribuir de forma positiva para o planeamento em saúde, através da adequação da operacionalização das políticas públicas, e dos programas bem como da conceção de projetos alinhados com as especificidades da região. Estes aspetos são estruturantes para a melhoria da saúde, na sua vertente física, social e de bem-estar, proporcionando um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Considerando as características específicas da nossa amostra e tendo em conta o quadro de referências de pesquisa, e dando resposta aos objetivos colocados inicialmente, podemos concluir que:

- Para o distrito de Viana do Castelo, a população idosa, de predomínio de sexo feminino (68.98%) apresenta-se com excesso de peso (IMC de 29.15), grande parte mantém-se fisicamente ativo (60.6%), apresentando, de forma geral, uma boa perceção do seu estado de saúde (valor mínimo de 48.74% (SG) e valor máximo de 87.38% (DE)).
- Fica ainda evidenciado que apesar dos valores serem superiores a 40% em todos os domínios, Os idosos dos Concelhos que apresentam melhores resultados foram Paredes de Coura (FF, FS, DC, SM), Viana do Castelo (SG, VT), Valença (DF) e Caminha (DE). Por outro lado os concelhos com resultados mais baixos foram Ponte da Barca (FF, FS, SM) Ponte de Lima (SG, DF), Vila Nova de Cerveira (DC, VT) e Paredes de Coura (DE).
- O sexo masculino apresenta claramente uma perceção de saúde superior ao feminino, para todos os domínios do SF36<sub>v2</sub>.
- Os idosos casados evidenciaram melhor estado de saúde, com exceção do desempenho físico, em relação aos restantes estados civis.
- Os idosos na faixa etária 80-89 anos apresentam uma perceção de saúde inferior, em relação a septuagenários e nonagenários.
- A atividade física é, evidentemente, um fator que influencia positivamente a perceção do estado de saúde da população idosa.
- O IMC afeta negativamente a função física, social, saúde mental e vitalidade dos idosos.
- Os idosos que habitam em meios predominantemente urbanos apresentam melhor perceção de saúde, melhor desempenho físico e emocional, a dor tem menos preponderância na sua vida e apresentam melhor bem-estar psicológico.

- Os que habitam em meios predominantemente rurais apresentam melhor função física, função social e bem-estar (vitalidade, energia).

- Os idosos que se encontram localizados no Litoral e Vale do Minho referem melhor percepção do estado de saúde.

- A distância e tempo de deslocação à Unidade de Saúde e Hospital de referência interferem na percepção de saúde dos idosos.

Assim sendo e tendo em consideração os três pilares de intervenção do envelhecimento ativo (saúde, participação e segurança) apresentamos algumas propostas de intervenção para esta população.

Ao nível da saúde, e perspetivando diminuição dos fatores de risco das doenças crónicas e declínio funcional, é fundamental que se implementem programas de exercício físico. O *American College of Sports Medicine* (ACSM), em conjunto com a American Heart Association (AHA) aconselham 150 minutos por semana de atividade física para obter benefícios de saúde. No entanto é de notar que ocorrem benefícios adicionais à medida que a quantidade de atividade física aumenta, quer por aumento da intensidade, frequência e/ou duração e também devido às condições crónicas desta população, se não for possível a realização dos 150 minutos, estes devem ser fisicamente ativos quanto as suas habilidades e condições o permitirem (American College of Sports Medicine et al., 2009).

Salienta-se ainda que a intensidade e duração da atividade física deve ser, inicialmente, baixa para os idosos que se encontram mais limitados ou com doenças crónicas que afetem a sua capacidade para realizar atividade física. A progressão nas atividades deve ser individual e personalizada. Além do exercício físico é fundamental também atuar ao nível da alimentação, tabagismo e álcool, tendo igualmente em consideração a redução dos fatores de risco para doenças crónicas e o excesso de peso notável nesta população, contribuindo para a literacia em saúde e uma maior participação dos idosos na forma de promover e manter uma boa saúde.

A promoção da atividade/exercício físico pode ainda contribuir para uma melhoria de co morbididades associadas às faixas etárias mais avançadas e numa população com importantes fatores de risco como os identificados neste estudo, designadamente em termos de diabetes e doenças cerebrovasculares.

Ainda no que respeita saúde e sabendo que os idosos são grandes consumidores de cuidados de saúde, o que implica elevados custos na aquisição de medicamentos, seria fundamental que se criassem medidas que facilitem o acesso a regimes terapêuticos adequados.

No que concerne a participação salienta-se a importância de desenvolver atividades que permitam aos idosos adquirir novas habilidades tais como tecnologia de informação, facilitar acesso (transporte e económico) a eventos e atividades sociais, programas de voluntariado, inclusão dos idosos na tomada de decisão da comunidade em que se encontram e medidas que tornem mais fácil a divulgação de informação e a interação intergeracional.

Relativamente à segurança é fundamental que se tomem medidas que permitam aos idosos sentir-se mais seguros quer em casa, quer na rua, quer nos transportes públicos, criando ações de sensibilização para os abusos e roubos a idosos; melhor acesso a transportes públicos, que nesta faixa etária é o meio de transporte predominante; adequação dos percursos pedonais, quer parques geriátricos, para que os idosos possam ter uma vida física e socialmente mais ativa; sensibilização para as modificações nas habitações para que as casas respondam as necessidades dos idosos. Com estas propostas pretende-se que se atue nesta população melhorando a perceção de saúde na sua vertente física, social e mental.

Estas propostas assentam nas indicações para um envelhecimento ativo (WHO, 2002) e guia para uma cidade amiga do idoso (WHO, 2007) devendo captar a atenção quer ao nível da Comunidade Intermunicipal do Minho, quer ao nível local de forma a tornar o Alto Minho uma região de excelência para o envelhecimento.

Estas medidas devem, em nossa opinião, resultar do envolvimento de todos intervenientes, designadamente pessoas idosas, líderes comunitários e do poder local, profissionais de saúde e da educação, em todas as suas fases (planeamento, operacionalização e avaliação). Estes espaços/momentos para além da interação, e promoção da coesão, detém uma potencialidade enorme de melhorar a literacia na globalidade e da literacia em saúde em particular, nomeadamente em termos da gestão efetiva da doença crónica. Neste contexto, e de planeamento em saúde, valorizar os recursos existentes, no território, ainda que variáveis entre concelhos, valorizando as dinâmicas estabelecidas nas Redes Sociais e Inter-Redes, potenciar as sinergias das abordagens transdisciplinares e de todos os setores sociais, designadamente entre a Comunidade Intermunicipal do Minho, o IPVC, a ULSAM.EPE e Centro Distrital de Segurança Social de Viana do Castelo, as associações de desenvolvimento local, entre outras, são dimensões estruturantes, não só do envelhecimento ativo, mas da coesão social e económica, nos termos preconizados pelo Conselho da Europa e do Tratado de Lisboa.

No que respeita às limitações do estudo salienta-se o facto de a aplicação por questionário poder condicionar as respostas em questões mais pessoais e a falta de dados de caracterização sociodemográficas tais como escolaridade e rendimento.

Para futuras investigações reforça-se que, apesar da aplicação do questionário ser recomendada por meio de entrevista, deve ser tido em conta o constrangimento dos indivíduos com questões de índole mais pessoal. Além disso, e uma vez que este trabalho fez o levantamento do estado de saúde da população idosa do Alto Minho, devem ser estudados, em trabalhos futuros, a influência de programas e atividades criados em específico para esta população, assim como deve ser feito um levantamento mais exaustivo da caracterização sociodemográfica.

Em suma, apesar dos resultados globais serem, de certa forma, positivos é importante salientar que se deve ter em consideração o excesso de peso da população idosa conducente a limitações físicas, sociais, degradação do bem-estar físico e psicológico. Desta forma e tendo conhecimento da realidade da população idosa do Alto Minho é importante que se criem

políticas de saúde que promovam ações de melhoria sobre os fatores analisados numa perspectiva de promoção para saúde.

## **VI.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

## Referências Bibliográficas

- Adami, S., Maugeri, D., Toscano, V., Topa, G., Caminiti, M., Brancati, A., . . . Grp, I. S. (2011). Baseline characteristics of the population enrolled in the Italian Observational Study on Severe Osteoporosis (ISSO). *Clinical and Experimental Rheumatology*, 29(3), 477-484.
- Age, L. (2012). The normal aging process. Retrieved from Leading Age website: [www.Washa.org/agingprocess.pdf](http://www.Washa.org/agingprocess.pdf)
- Alves, D. (2011). *O Estado de Saúde e Capacidade Funcional do Idoso*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Alves, L. C., & Rodrigues, R. N. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 17(5/6), 333-341.
- American College of Sports Medicine, Chodzko-Zajko, W., Procto, D., Fiatarone Singh, M., Minson, C., Nigg, C., . . . Skinner, J. (2009). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(7), 1510-1530. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c
- Anes, E., Fernandes, A., Antão, C., Magalhães, C., & Gerales, M. d. F. (2012). *Comparação da Qualidade de Vida de Idosos residentes em meio rural e urbano*. Paper presented at the I Congresso de Cuidados Continuados, Miranda do Douro.
- Arai, T., Obuchi, S., Inaba, Y., Shiba, Y., & Satake, K. (2009). The relationship between physical condition and change in balance functions on exercise intervention and 12-month follow-up in Japanese community-dwelling older people. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 48(1), 61-66. doi: 10.1016/j.archger.2007.10.004
- Araújo, J., Ramos, E., & Lopes, C. (2011). Estilos de Vida e Percepção do Estado de Saúde em Idosos Portugueses de Zonas Rural e Urbana. *Acta Med Port*, 24(S2), 79-88.
- Constituição da República Portuguesa (2005).
- Association, W. M. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Retrieved Setembro, 2013, from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Ayama, S., Rodrigues, L., Silva, R., & Feriencic, M. (2009). *Análise da Qualidade de Vida e Independência em Octogenários*. Paper presented at the III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia.
- Barbat-Artigas, S., Fillion, M. E., Dupontgand, S., Karelis, A. D., & Aubertin-Leheudre, M. (2011). Effects of tai chi training in dynapenic and nondynapenic postmenopausal women. *Menopause-the Journal of the North American Menopause Society*, 18(9), 974-979. doi: 10.1097/gme.0b013e3182127c89
- Bassey, E. (2002). Exercise for the elderly: an update. *Age and Ageing*, 31(S2), 3-5.
- Beltrame, V., Cader, S., Cordazzo, F., & Dantes, E. (2012). Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC. *Rev Bras Gerontol*, 15(2), 223-231.
- Bezerra, P., & Alves, D. (2011). "The correlation between self-perceived health status and physical fitness, in septuagenarian and octogenarian" (pp. 200). Liverpool, England: Proceedings of the 16th Annual Congress of the ECSS.
- Bezerra, P., Alves, D., Pontedeira, O., & Rodrigues, L. P. (2011). "Is the Septuagenarian's Perception of Health Correlated with Health Predictors?". *Medicine & Science in Sport & Exercise*, 43(5), S648.
- Bond, J., & Corner, L. (2004). What is quality of life? In McGraw-Hill (Ed.), *Quality of Life and older people*. London.
- Brazier, J. E., Walters, S. J., Nicholl, J. P., & Kohler, B. (1996). Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. *Quality of Life Research*, 5(2), 195-204. doi: 10.1007/bf00434741

- Bullinger, M., Schmidt, S., & Naber, D. (2007). Cross-cultural Quality of Life research in mental health *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety disorders* (pp. 67-98).
- Burholt, V., & Nash, P. (2011). Short Form 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire: normative data for Wales. *Journal of Public Health Advance Access*, 1-17.
- Campolina, A., Dini, P., & Ciconelli, R. (2011). Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2919-2925.
- Canavarro, M., & Serra, A. (2010). *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (F. C. Gulbenkian Ed.). Lisboa.
- Caporicci, S., & Neto, M. F. O. (2011). Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Motricidade*, 7(2), 15-24.
- Carta de Ottawa. (1986). 1ª Conferência Internacional sobre promoção de saúde. Canadá.
- Carvalho, J., & Soares, J. (2004). Envelhecimento e força muscular - breve revisão. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(3), 79-93.
- Carvalho, M. J., Fernandes, R., & Mota, J. (2001). Efeitos do Exercício Físico na Aptidão Física de Mulheres Idosas. *Kinesio*, 24, 197-206.
- Coelho, E., & Pedroso, M. (2012). Avaliação da qualidade de vida em idosos residentes no município de Santos/SP. *Revista Cecília*, 4(1), 4-8.
- Correia, C. (2012). *A Qualidade de Vida e a Solidão em idosos institucionalizados e na comunidade*. Instituto Universitário ciências psicológicas, sociais e da vida.
- Crome, P., Lyons, R. A., Gene, J., Contel, J. C., Gonzalo, E., Bono, A., . . . Kovacic, L. (1998). The SF-36 in older europeans. *Age Ageing*, 27.
- De Moraes, W. M., Souza, P. R. M., Pinheiro, M., Irigoyen, M. C., Medeiros, A., & Koike, M. K. (2012). Exercise training program based on minimum weekly frequencies: effects on blood pressure and physical fitness in elderly hypertensive patients. *Revista Brasileira De Fisioterapia*, 16(2), 114-121.
- Declaração Alma-Ata. (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão.
- Departamento de Saúde Pública ARS Norte, I. P. 2014), ARS Norte. Retrieved from <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde> (Julho)
- Departamento de Saúde Pública ARS Norte, I. P. (2012). Perfil Local de Saúde 2012 - ULS Alto Minho: ARS Norte.
- Departamento de Saúde Pública ARS Norte, I. P. (2014). Perfil Local de Saúde 2014 - ULS Alto Minho: ARS Norte.
- Durán, H. (1989). *"Planeamento da Saúde: Aspectos Conceptuais e Operativos"* (M. d. S.-D. d. E. e. P. d. Saúde Ed.). Lisboa.
- European Commission. (2013). Introducing the Active Ageing Index: European Commission and United Nations.
- Faina, M., Mirri, G., Manili, U., Cavalazzi, E., Morandini, C., Besi, M., . . . Manno, R. (2008). Physiological and psychological effects of physical exercise on a group of elderly nonexercisers. *Medicina Dello Sport*, 61(2), 121-138.
- Faria, C., Teixeira-Salmela, L., Nascimento, V., Costa, A., Brito, N., & Paula, F. (2011). Comparisons between the Nottingham Health Profile and the Short Form-36 for assessing the quality of life of community-dwelling elderly. *Rev Bras Fisioter*, 15(5), 399-405.
- Faria, L., & Marinho, C. (2004). Actividade Física, Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 93-104.
- Farinatti, P. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Rev. Bras. Med. Esporte*, 8(4), 129-138.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med*, 41(10), 1439-1446.

- Fernandes, A. (2005). Processos e Estratégias de envelhecimento. *Sociologia*(15), 223-247.
- Fernandez-Martinez, B., Prieto-Flores, M.-E., Forjaz, M. J., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., & Martínez-Martín, P. (2012). Self-perceived health status in older adults: regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Rev Saúde Pública*, 46(2), 310-319.
- Ferreira, F. R., Cesar, C. C., Camargos, V. P., Lima-Costa, M. F., & Proietti, F. A. (2010). Aging and Urbanization: The Neighborhood Perception and Functional Performance of Elderly Persons in Belo Horizonte Metropolitan Area-Brazil. *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87(1), 54-66. doi: 10.1007/s11524-009-9406-z
- Ferreira, L., Brito, U., & Ferreira, P. (2010). Quality of life in asthma patients. *Revista Portuguesa De Pneumologia*, 16(1), 23-55.
- Ferreira, P. (1998). A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, documento de trabalho 2.
- Ferreira, P. (2000a). Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I. Cultural and linguistic adaptation. [Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I--Adaptação cultural e linguística.]. *Acta medica portuguesa*, 13(1-2), 55-66.
- Ferreira, P. (2000b). Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II --Validation tests. [Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte II--Testes de validação.]. *Acta medica portuguesa*, 13(3), 119-127.
- Ferreira, P., & Ferreira, L. (2006). A medição de preferência em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(2), 5-14.
- Ferreira, P., & Ferreira, L. (2007). Medição das preferências dos cidadãos em relação a estados de saúde: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Ferreira, P., Ferreira, L., & Pereira, L. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163-171.
- Ferreira, P., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 15-30.
- Ferreira, P. L. (1998). A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, documento de trabalho 2.
- Ferreira, P. L. (2000). Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II --Validation tests. [Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte II--Testes de validação.]. *Acta medica portuguesa*, 13(3), 119-127.
- Figuerola Pedraza, D., & Cavalcanti Costa, G. M. (2014). Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família. *Enfermeria Global*, 33, 279-291.
- Forward, S. (2003). *State of the art report on Life Quality assessment in the field of transport and mobility*. Sweden: Swedish National Road and Transport Research Institute.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2009). Pordata. Retrieved Julho, 2014, from <http://www.pordata.pt/>
- GAC. (2014). Gabinete de Acção Costeira do litoral Norte. Retrieved Abril, 2014, from <http://www.gac.cim-altominho.pt/>
- Garber, C., Greaney, M., Riebe, D., Nigg, C., Burbank, P., & Clark, P. (2010). Physical and mental health-related correlates of physical function in community dwelling older adults: a cross sectional study. *BMC Geriatrics*, 10(6), 1-10.
- Gault, M. L., & Willems, M. E. (2013). Aging, functional capacity and eccentric exercise training. *Aging Dis*, 4(6), 351-363.
- Geirsdottir, O. G., Arnarson, A., Briem, K., Ramel, A., Tomasson, K., Jonsson, P. V., & Thorsdottir, I. (2012). Physical function predicts improvement in quality of life in elderly Icelanders after 12 weeks of resistance exercise. *J Nutr Health Aging*, 16(1), 62-66.

- Gerage, A., Januário, R., Nascimento, M., Pina, F., & Cyrino, E. (2013). Impact of 12 weeks of resistance training on physical and functional fitness in elderly women. *Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano*, 15(2), 145-154.
- Gil, A. (2007). Envelhecimento Activo: complementaridades e contradições. *Sociológico*, 17, 25-36.
- Guallar-Castillón, P., Sendino, Á. R., Banegas, J. R., López-García, E., & Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine*, 60, 1229-1240.
- Guirado, G. N., Damatto, R. L., Matsubara, B. B., Roscani, M. G., Fusco, D. R., Cicchetto, L. A. F., . . . Okoshi, M. P. (2012). Combined exercise training in asymptomatic elderly with controlled hypertension: Effects on functional capacity and cardiac diastolic function. *Medical Science Monitor*, 18(7), CR461-CR465.
- Hays, R. D., R., A., & Revicki, D. (1993). Psychometric considerations in evaluating health-related quality of life measures. *Quality of Life Research*, 2, 441-449.
- Haywood, K. L., Garratt, A. M., & Fitzpatrick, R. (2005). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of life research*, 14, 1651-1668.
- Hill, R. D. (2011). A Positive Aging Framework for Guiding Geropsychology Interventions. *Behavior Therapy*, 42, 66-77.
- I.N.E. (2014). Projeções de população residente 2012-2060. 2014, from [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=215593684&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=215593684&att_display=n&att_download=y).
- I.N.E. (2009). Tipologia Áreas Urbanas. Retrieved Fevereiro, 2014, from [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_cont\\_inst&INST=6251013](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=6251013)
- I.N.E. (2011). Censos 2011 - Resultados Provisórios. Lisboa - Portugal.
- I.N.E. (2012). Censos 2011 - População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário. Retrieved 2 de Outubro, 2013, from [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0003182&selTab=tab0](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003182&selTab=tab0)
- I.N.E. (2014). INE SIG - Divisões Territoriais. Retrieved Fevereiro, 2014, from <http://sig.ine.pt/>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. R. (1986). *"Metodologia do Planeamento da Saúde"* (E. N. d. S. Pública Ed. 2ª ed.). Lisboa.
- Januário, R., Junior, H., Liutti, M., Decker, D., & Molari, M. (2011). Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. *ConScientiasSaude*, 10(1), 112-120.
- Kalache, A., Veras, R., & Ramos, L. (1987). O Envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 200-210.
- Kerce, E. (1992). *Quality of Life: Meaning, Measurement, and Models*. San Diego: Navy Personnel Research and Development Centre.
- Koster, A., Visser, M., Simonsick, E. M., Yu, B. G., Allison, D. B., Newman, A. B., . . . Hlth Aging Body Composition, S. (2010). Association Between Fitness and Changes in Body Composition and Muscle Strength. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(2), 219-226. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02681.x
- Lata, H., & Alia, L. (2007). Ageing: Physiological Aspects. *JK Science*, 9(3), 111-115.
- Lemos, M., Miyamoto, S., Valim, V., & Natour, J. (2006). Qualidade de Vida em Pacientes com Osteoporose: Correlação entre OPAQ e SF36. *Rev Bras Reumatol*, 46(5), 323-328.
- Leão e Silva, L. O., Dias, C. A., Soares, M. M., & Rodrigues, S. M. (2011). Acessibilidade ao Serviço de Saúde: Percepções de Usuários e Profissionais de Saúde. *Cogitare Enferm*, 16(4), 654-660.
- Lima, M. G., Barros, M. B. D., Cesar, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Ciconelli, R. M. (2009). Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cadernos De Saude Publica*, 25(10), 2159-2167.
- Lobo, A., Santos, P., Carvalho, J., & Mota, J. (2008). Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in Portuguese institutionalized elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 8(4), 284-290. doi: 10.1111/j.1447-0594.2008.00478.x

- Lopes, P. (2004). *Qualidade de Vida e suporte social do idoso no Meio Rural e no Meio Urbano: um Estudo comparativo e correlacional*. (Psicologia em Saúde), Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Lopez-Garcia, E., Banegas, J. R., Perez-Regadera, A. G., Gutierrez-Fisac, J. L., Alonso, J., & Rodriguez-Artalejo, F. (2003). Population-based reference values for the Spanish version of the SF-36 Health Survey in the elderly. *Medicina Clinica*, 120(15), 568-573. doi: 10.1157/13046436
- Louvison, M. C. P., Lebrão, M. L., Duarte, Y. A. O., Santos, J. L. F., Malik, A. M., & Sampaio de Almeida, E. (2008). Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, 42(4), 733-740.
- Lyons, A., & Perry, M. (1994). Evidence for the validity of the Short-form 36 Questionnaire (SF36) in an elderly population. *Age Ageing*, 23(3), 182-184.
- López-García, E., Banegas, J., Pérez-Regadera, A., Gutiérrez-Fisac, J., Alonso, J., & Rodríguez-Artalejo, F. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin (Barc)*, 120(15), 568-573.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (E. Sílabo Ed. 3ª ed.). Lisboa.
- Martins, C., Albuquerque, F., Gouveia, C., Rodrigues, C., & Neves, M. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud. Interdiscip. envelhec.*, 11, 135-154.
- Matsudo, S. (2002). Envelhecimento, Atividade Física e Saúde. *R. Min. Educ. Fís.*, 10(1), 195-209.
- Matsudo, S., Matsudo, R. K., Araújo, T., Andrade, D., Andrade, E., Oliveira, L., & Braggion, G. (2002). Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento., 10, 41-50.
- Matsudo, S., Matsudo, V., & Neto, T. (2000). Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev. Bras. Ciên. e Mov*, 8(4), 21-32.
- Melo, L., & Neto, F. (2003). Aspectos Psicossociais dos idosos em meio rural: Solidão, Satisfação com a Vida e Locus de Controle. *Psicologia Educação e Cultura*, VII, 107-121.
- Mendoza-sassi, R., & Béria, J. U. (2001). Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, 17(4), 818-832.
- Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Retrieved Abril, 2014, from <http://www.portaldasaude.pt/Portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=2175>
- Ministério da Saúde. (1998). Saúde em Portugal - Uma estratégia para o virar do século.
- Ministério da Saúde. (2004a). Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Vol. I - Prioridades). Portugal.
- Ministério da Saúde. (2004b). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.
- Ministério da Saúde. (2012a). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Vol. Eixo Estratégico - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde). Portugal.
- Ministério da Saúde. (2012b). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* (Vol. Eixo Estratégico - Cidadania em Saúde). Portugal.
- Ministério da Saúde. (2012c). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Vol. Indicadores e Metas em Saúde). Portugal.
- Ministério da Saúde. (2012d). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Vol. Eixo Estratégico - Políticas Saudáveis). Portugal.
- Ministério da Saúde. (2012e). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Vol. Perfil de Saúde em Portugal). Portugal.
- Ministério da Saúde. (2012f). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Vol. Objetivo para o Sistema de Saúde - obter ganhos em saúde). Portugal.
- Ministério da Saúde. (2012g). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Vol. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida). Portugal.
- Ministério da Saúde. (2012h). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Vol. Enquadramento do Plano Nacional de Saúde). Portugal.

- Mota, J., Ribeiro, J., Carvalho, J., & Matos, M. (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev Bras Educ Fis Esp*, 20(3), 219-225.
- Mota, M., Figueiredo, P., & Duarte, J. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(1), 81-110.
- Muldoon, M., Barger, S., Flory, J., & Manuck, S. (1998). What are quality of life measurements measuring? *BMJ*, 316, 542-544.
- Nakagava, B., & Rabelo, R. (2007). Perfil da Qualidade de Vida de mulheres idosas praticantes de hidroginástica. *Revista Digital de Educação Física*, 2(1), 1-14.
- Naughton, M., & Shumaker, S. (2003). The case for domains of function in quality of life assessment. *Quality of Life Research*, 12(1), 73-80.
- Nelson, M., Rejeski, W., Blair, S., Duncan, P., Judge, J., King, A., . . . Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *American College of Sports Medicine*, 1435-1445.
- Neto, L., Karnikowski, M., Tavares, A., & Lima, R. (2012). Association between sarcopenia, sarcopenic obesity, muscle strength and quality of life variables in elderly women. *Rev Bras Fisioter*, 16(5), 360-367.
- Netto, F. (2004). Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Pensar a Prática*, 7, 75-84.
- Nylen, E. S., Kokkinos, P., Myers, J., & Faselis, C. (2010). Prognostic Effect of Exercise Capacity on Mortality in Older Adults with Diabetes Mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), 1850-1854. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03068.x
- Observatório Nacional da Diabetes. (2014). Diabetes Factos e Números Portugal 2014 *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*.
- Olivares, P. R., Gusi, N., Prieto, J., & Hernandez-Mocholi, M. A. (2011). Fitness and health-related quality of life dimensions in community-dwelling middle aged and older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9. doi: 10.1186/1477-7525-9-117
- Orlando, M., Silva, M., & Junior, I. (2013). The influence of the practice of physical activity on the quality of life, muscle strength, balance, and physical ability in the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 16(1), 117-126.
- Pacheco, M., Cesar, M., Oliveira Jr, A., & Storer, I. (2005). Qualidade de Vida e Performance em Idosos: Estudo comparativo. *Saúde em Revista*, 7(17), 47-52.
- Paixao, C. M., Jr., & Reichenheim, M. E. (2005). A review of functional status evaluation instruments in the elderly. [Uma revisao sobre instrumentos de avaliacao do estado funcional do idoso.]. *Cadernos de saude publica*, 21(1), 7-19. doi: 10.1590/s0102-311x2005000100002
- Parker, S. G., Peet, S. M., Jagger, C., Farhan, M., & Castleden, C. M. (1998). Measuring health status in elder patients. The SF-36 in practice. *Age and Ageing*, 27(1), 13-18. doi: 10.1093/ageing/27.1.13
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 277-287.
- Pereira, A., Izquierdo, M., Silva, A. J., Costa, A. M., Bastos, E., Gonzalez-Badillo, J. J., & Marques, M. C. (2012). Effects of high-speed power training on functional capacity and muscle performance in older women. *Exp Gerontol*, 47(3), 250-255. doi: 10.1016/j.exger.2011.12.010
- Pereira, A., Izquierdo, M., Silva, A. J., Costa, A. M., Gonzalez-Badillo, J. J., & Marques, M. C. (2012). Muscle performance and functional capacity retention in older women after high-speed power training cessation. *Exp Gerontol*, 47(8), 620-624. doi: 10.1016/j.exger.2012.05.014
- Pernambuco, C., Rodrigues, B., Bezerra, J., Carrielo, A., Fernandes, A., Vale, R., & Dantas, E. (2012). Quality of life, elderly and physical activity. *Health*, 4(2), 88-93.
- Phillips, E., & Davidoff, D. (2007). Normal and Successful Aging: What happens to function as we age. *Primary Psychiatry*, 1-6.

- Pimenta, F., Simil, F., Torres, H., Amaral, C., Rezende, C., Coelho, T., & Rezende, N. (2008). Avaliação da Qualidade de Vida de aposentados com a utilização do questionário SF36. *Rev Assoc Med Bras*, 54(1), 55-60.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia* (Almedina Ed.).
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1986). *"La Planification de la Santé"* (A. d. A. inc. Ed.). Montréal (Québec).
- Pinheiro, S. (2013). *Estado de Saúde e Capacidade Funcional: Estudo com Idosos do Concelho de Arcos de Valdevez*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Pinto, A. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*, 2(11), 74-86.
- Pollicino, C., & Saltman, D. (2000). The relationship between physician cost and functional status in the elderly. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(5), 425-431.
- Pontedeira, O. (2012). *Auto Perceção do Estado de Saúde e Capacidade Funcional do idoso de Vila Nova de Cerveira*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Praça, M. (2012). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os centros de saúde do ACES Trás-os Montes/Nordeste*. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Pukeliene, V., & Starkauskiene, V. (2011). Quality of Life: Factors Determining its Measurement Complexity. *Engineering Economics*, 22(2), 147-156.
- Queiroz, A. C. C., Kanegusuku, H., & de Moraes Forjaz, C. L. (2010). Effects of Resistance Training on Blood Pressure in the Elderly. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*, 95(1), 135-140. doi: 10.1590/s0066-782x2010001100020
- Ramos, D. D., & Lima, M. A. D. d. S. (2003). Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 19(1), 27-34.
- Ramos, L. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 793-798.
- Rodriguez-Blazquez, C., Forjaz, M. J., Prieto-Flores, M.-E., Rojo-Perez, F., Fernandez-Mayoralas, G., Martinez-Martin, P., & on behalf of the Spanish Research Group on Quality of Life and Ageing. (2012). Health status and well-being of older adults living in the community and in residential care settings: are differences influenced by age? *Aging&Mental Health*, 1-8. doi: 10.1080/13607863.2012.684664
- Rosa, M. J. V. (2012). *"O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa"* (F. F. M. d. Santos Ed.). Lisboa.
- Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rude, N., & Mercier, M. (2003). Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. *Health and quality of life outcomes*, 1, 30-30. doi: 10.1186/1477-7525-1-30
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3 ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Santos, R., & Pereira, J. (2008). O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1), 25-37.
- Schroots, J., & Birren, J. (1980). *A Psychological point of view toward human aging and adaptability*. Paper presented at the Adaptability and Aging, Proceeding of 9th International Conference of Social Gerontology, Quebeque.
- Seguin, R. A., Heidkamp-Young, E., Kuder, J., & Nelson, M. E. (2012). Improved physical fitness among older female participants in a nationally disseminated, community-based exercise program. *Health Educ Behav*, 39(2), 183-190. doi: 10.1177/1090198111426768
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Severo, M., Santos, A., Lopes, C., & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Med Port*, 19, 281-288.

- Shin, K. R., Kang, Y., Park, H. J., & Heitkemper, M. (2009). Effects of exercise program on physical fitness, depression, and self-efficacy of low-income elderly women in South Korea. *Public Health Nurs*, 26(6), 523-531. doi: 10.1111/j.1525-1446.2009.00812.x
- Silva Júnior, E. S., Medina, M. G., Aquino, R., Fonseca, A. C. F., & Vilasbôas, A. L. Q. (2010). Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 10(S1), S49-S60.
- Smith, K., Avis, N., & Assmann, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8, 447-459.
- Stewart, K. (2005). Physical Activity and Aging. *Annals New York Academy of Sciences*, 1055, 193-206.
- Syddall, H. E., Martin, H. J., Harwood, R. H., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2009). The SF-36: a simple, effective measure of mobility-disability for epidemiological studies. *J Nutr Health Aging*, 13(1), 57-62.
- Systems, C. R. (2012). Sample Size Formulas. Retrieved 2 de Outubro, 2013, from <http://www.surveysystem.com/sample-size-formula.htm>
- Tavares, A. (1990). "Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde" (M. d. Saúde Ed.).
- Teixeira, L. (2005). *A Actividade Física, Autonomia Funcional e Qualidade de Vida*. Universidade do Porto, Porto.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 41(10), 1403-1409.
- Torrance, G. (1986). Measurement of health state utilities for economic appraisal: A review. *Journal of Health Economics*, 5, 1-30.
- Toscano, J., & Oliveira, A. (2009). Qualidade de Vida em Idosos com Distintos Níveis de Atividade Física. *Rev Bras MEd Esporte*, 15(3), 169-173.
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(S2), S190-S198.
- United Nations. (2013a). World Population Prospects: The 2012 Revision (Vol. I: Comprehensive tables). New York: Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. (2013b). World Population Prospects: The 2012 Revision, Key Findings and Advance Tables. (Vol. Working paper No. ESA/P/WP.227). New York: Department of Economics and Social Affairs, Population Division.
- Vasiljevic, N., Ralevic, S., Marinkovic, J., Kocev, N., Maksimovic, M., Milosevic, G. S., & Tomic, J. (2008). The assessment of health-related quality of life in relation to the body mass index value in the urban population of Belgrade. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6. doi: 10.1186/1477-7525-6-106
- Vaz, M. E., Silva, L. F., Alves, F., Vieira, C., Silva, T., Sousa, F., . . . Hoven, R. (2009). *Estudo sobre o envelhecimento em Portugal: Resultados preliminares*. Paper presented at the Congresso português de sociologia.
- Veras, R., Ramos, L., & Kalache, A. (1987). Crescimento da população idosa no Brasil: Transformações e consequências na sociedade. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 225-233.
- Vieira, R., Nogueira, I., Cunha, E., Ferreira, G., & Nogueira, P. (2012). Resistance Training Influence on the Quality of Life of Hypertensive Elderly Women. *Rev. Bras. Med. Esporte*, 18(1), 26-29.
- Villareal, D., Banks, M., Siener, C., Sinacore, D., & Klein, S. (2004). Physical Frailty and Body Composition in Obese Elderly Men and Women. *Obesity Research*, 12(6), 913-920.
- Villareal, D., Banks, M., Sinacore, D., Siener, C., & Klein, S. (2006). Effect of Weight Loss and Exercise on Frailty in Obese Older Adults. *American Medical Association*, 166, 860-866.
- Walters, S. J., Munro, J. F., & Brazier, J. E. (2001). Using the SF-36 with older adults: cross-sectional community based survey. *Age and Ageing*, 30(4), 337-343.

- Wanderley, F., Silva, G., Marques, E., Oliveira, J., Mota, J., & Carvalho, J. (2011). Associations between objectively assessed physical activity levels and fitness and self-reported health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Qual Life Res*, 20, 1371-1378.
- Ware, J. E., Gandek, B., & Project, I. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912. doi: 10.1016/s0895-4356(98)00081-x
- Ware, J. E. J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- WHO. (1998). Healthy 21 - Healthy for all in the 21 century. Dinamarca: WHO.
- WHO. (2002). Active Ageing: A policy framework (pp. 1-60). Spain: OMS.
- WHO. (2007). Global age-friendly cities: a guide: WHO.
- Zamai, C., de Moraes, M., Bankoff, A., & Mendes, R. (2011). Atividade Física na Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida: Contribuições do Programa Mexa-se Unicamp *Políticas Públicas, Qualidade de Vida e Atividade Física* (1ª ed., pp. 179-193). Campinas.



**Anexos 1.SF36v2 Versão Portuguesa**

## QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3 As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes .....	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa .....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia .....	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada .....	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas .....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se .....	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km .....	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros .....	1	2	3
i. Andar uma centena de metros .....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

**4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

**5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?**

<b>Nenhumas</b>	<b>Muito fracas</b>	<b>Ligeiras</b>	<b>Moderadas</b>	<b>Fortes</b>	<b>Muito fortes</b>
1	2	3	4	5	6

**8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

<b>Absolutamente nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Imenso</b>
1	2	3	4	5

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.**

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade? .....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a? .....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava? .....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? .....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia? .....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a? .....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a? .....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz? .....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a? .....	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros .....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa .....	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar .....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima .....	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

## **Anexos 2. Propriedades psicométricas do SF-36v2 Versão Portuguesa**

Quando se pretende validar um questionário, que foi inicialmente criado numa cultura diferente da nossa, para a nossa cultura, este deve responder a diversos critérios que garantam a qualidade do instrumento de recolha de informação (Ferreira, 1998; Ferreira, 2000):

- 1) Equivalência semântica, através de tradução, feita por especialistas, retroversão e versão de consenso.
- 2) Correlação entre item e o domínio a que pertence com valores superiores a 0.40 (grande correlação).
- 3) Consistência interna com taxas de êxito geral entre 90% e 100% (exceção função social)
- 4) Testes de discriminação com taxas de êxito geral de 56% a 100%.
- 5) Fiabilidade:
  - a. Teste-reteste com intervalo de 1 semana:  $r$  entre 0,45 (dor) e 0,79 (desempenho físico) e coeficiente alfa da divisão em metade entre 0,45 (saúde mental e saúde geral) e 0,84 (dor).
  - b. Alfa de Cronbach: entre 0,60 (função social) e 0,87 (função física e saúde geral).
- 6) Validade:
  - a. Validade de conteúdo: análise de compreensão e aceitação por um painel de indivíduos com características sociais e culturais distintas e, posterior envio aos autores do instrumento original para análise.
- 7) Sensibilidade:
  - a. Através do estudo longitudinal de uma amostra de 930 grávidas. A validade foi suportada pela lógica de que a distribuição das principais escalas, pela análise das médias das pontuações, fosse diferente ao longo do período de observação, bem como pelas correlações observadas entre o SF-36 e o COOP Grávidas.

### **Anexos 3. Tipologia das Áreas Urbanas (TIPAU 2009)**

## Tipologia de áreas urbanas, 2009

A Tipologia de áreas urbanas, para fins estatísticos, foi objeto de revisão em 2009. A 8.ª (2008) Deliberação da Secção Permanente de Coordenação Estatística publicada no Diário da República, 2ª série, n.º 188, de 28 de setembro de 2009, aprovou assim a referida tipologia bem como a sua aplicação a todas as freguesias do País, substituindo a anterior versão de 1998.

A nova Tipologia de áreas urbanas (TIPAU 2009) consiste, à semelhança da versão de 1998, numa classificação tripartida das freguesias do território nacional em Áreas predominantemente urbanas (APU), Áreas mediamente urbanas (AMU) e Áreas predominantemente rurais (APR).

- **Área predominantemente urbana (APU)** (conceito 1070)

Freguesia que contempla, pelo menos, um dos seguintes requisitos: 1) o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a espaço urbano, sendo que o peso da área em espaço de ocupação predominantemente rural não ultrapassa 50% da área total da freguesia; 2) a freguesia integra a sede da Câmara Municipal e tem uma população residente superior a 5.000 habitantes; 3) a freguesia integra total ou parcialmente um lugar com população residente igual ou superior a 5.000 habitantes, sendo que o peso da população do lugar no total da população residente na freguesia ou no total da população residente no lugar, é igual ou superior a 50%.

- **Área mediamente urbana (AMU)** (conceito 1089)

Freguesia que contempla, pelo menos, um dos seguintes requisitos: 1) o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a Espaço Urbano, sendo que o peso da área de espaço de ocupação predominantemente rural ultrapassa 50% da área total da freguesia; 2) o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a espaço urbano em conjunto com espaço semiurbano, sendo que o peso da área de espaço de ocupação predominantemente rural não ultrapassa 50% da área total da freguesia; 3) a freguesia integra a sede da Câmara Municipal e tem uma população residente igual ou inferior a 5.000 habitantes; 4) a freguesia integra total ou parcialmente um lugar com população residente igual ou superior a 2.000 habitantes e inferior a 5.000 habitantes, sendo que o peso da população do lugar no total da população residente na freguesia ou no total da população residente no lugar, é igual ou superior a 50%.

- **Área predominantemente rural (APR)** (conceito 1084)

Freguesia não classificada como "Área Predominantemente Urbana" nem "Área Mediamente Urbana".

A metodologia de base à TIPAU 2009 distingue-se assim da anterior tipologia, nomeadamente, pela classificação das freguesias resultar de um trabalho de análise com base em unidades territoriais de menor dimensão (secções e subsecções estatísticas). Ao mesmo tempo, os critérios quantitativos e qualitativos utilizados na TIPAU 2009 são totalmente objetivos e, por isso, facilmente operacionalizáveis no futuro.

Os estudos de base à metodologia da TIPAU 2009 foram desenvolvidos no âmbito das competências da Secção Permanente de Estatísticas de Base Territorial, num grupo de trabalho que envolveu o Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE), o Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional (MAOTDR), o Ministério da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas (MADRP), a Direção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano (DGOTDU), a Direção Geral da Administração Local (DGAL), o Instituto Financeiro para o Desenvolvimento Regional, I.P. (IFDR), as cinco Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Continente (CCDR), o Governo Regional dos Açores (GRA), o Governo Regional da Madeira (GRM), a Associação Nacional dos Municípios Portugueses (ANMP) e a Associação Nacional de Freguesias (ANAFRE).

#### **Anexos 4. Autorização de Utilização do SF36v2**



*Centro de Estudos  
e Investigação em Saúde  
da Universidade de Coimbra*

**Pedro Lopes Ferreira**  
Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt  
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 9 de abril de 2015

Ex.mo Senhor Professor:

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição SF-36 (*MOS Short Form Health Survey – 36 Item - version 2*) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite (i) medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; (ii) monitorizar doentes com múltiplas condições; (iii) comparar doentes com condições diversas; e (iv) comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/SF36>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

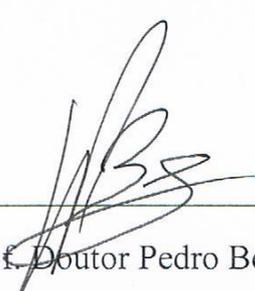
*Carta enviada por correio eletrónico*

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •  
tel/Fax 239 790 507

**Anexos 5. Autorização de Utilização de Dados pelo Investigador Principal**

## Autorização de Utilização de Dados

Eu, José Pedro Arieiro Gonçalves Bezerra, na qualidade de Investigador Principal do projeto “Estado de Saúde e Atividade Física da População Idosa do Alto-Minho”, autorizo a investigadora e aluna do mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Gestão de Unidades de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Fábia de Jesus Felgueiras Fernandes, a utilizar os dados, recolhidos no projeto, para a elaboração do trabalho final para obtenção do grau de mestre em gestão de unidades de saúde.

  
\_\_\_\_\_  
(Prof. Doutor Pedro Bezerra)

## **Anexos 6.Consentimento Informado**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Conforme “Declaração de Helsínquia” (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983).

Designação do Estudo: **“Estado de Saúde e Atividade Física da População Idosa”**.

Eu, abaixo assinado, (nome completo), \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ fui informado que o estudo de investigação acima mencionado se destina à avaliação do estado de saúde e à relação entre atividade física e auto percepção do estado de saúde da população idosa do Alto-Minho.

Sei que o estudo, com a duração de dois anos, envolve análise ao sangue, medição da pressão arterial, um questionário de saúde e testes de condição física, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os possíveis riscos e benefícios.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes, neste estudo, são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Percebi que posso terminar a minha participação no referido estudo em qualquer momento, sem qualquer prejuízo na assistência que me foi prestada.

Compreendi a informação que me foi dada e autorizo a minha participação no projeto de investigação

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013/2014

O participante,

\_\_\_\_\_

O investigador,

\_\_\_\_\_

A testemunha,

\_\_\_\_\_

## **Anexos 7.Distribuição dos itens por perguntas e domínios**

Na seguinte tabela 47 encontra-se especificado os itens por domínio, assim como os conteúdos abreviados das perguntas.

Tabela 47. Especificação de itens por domínio e pergunta, assim como conteúdo abreviado da pergunta.

<b>Domínio</b>	<b>Item</b>	<b>Conteúdo Abreviado</b>	<b>Valor mínimo possível</b>	<b>Valor máximo possível</b>
<b>Função Física (FF)</b>	3a	Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, desportos violentos	10	30
	3b	Atividade moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa		
	3c	Levantar ou carregar as compras da mercearia		
	3d	Subir vários lanços de escadas		
	3e	Subir um lanço de escadas		
	3f	Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se		
	3g	Andar mais de 1Km		
	3h	Andar várias centenas de metros		
	3i	Andar uma centena de metros		
	3j	Tomar banho ou vestir-se sozinho/a		
	<b>Desempenho Físico (DF)</b>	4a		
4b		Fez menos do que queria		
4c		Limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades		
4d		Dificuldade em executar o trabalho ou noutras atividades		
<b>Dor Corporal (DC)</b>	7	Intensidade das dores	2	12
	8	Interferência da dor no trabalho normal		
<b>Saúde Geral (SG)</b>	1	A sua saúde é: ótima, muito boa, boa, razoável, fraca	5	25
	11a	Parece que adoço mais facilmente que os outros		
	11b	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa		
	11c	Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar		
	11d	A minha saúde é ótima		
<b>Vitalidade (VT)</b>	9a	Cheio/a de vitalidade	4	20
	9e	Com muita energia		
	9g	Sentiu-se estafado/a		
	9i	Sentiu-se cansado/a		
<b>Função Social (FS)</b>	6	Interferência dos problemas de saúde nas atividades sociais	2	10
	10	Número de casos em que a saúde física interferiu nas atividades sociais		
<b>Desempenho Emocional (DE)</b>	5a	Diminuição do tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	3	15
	5b	Fez menos do que queria		
	5c	Não trabalhou tão cuidadosamente como era costume		
<b>Saúde Mental (SM)</b>	9b	Sentiu-se muito nervoso/a	5	25
	9c	Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava		
	9d	Sentiu-se calmo/a e tranquilo		
	9f	Sentiu-se triste e em baixo		
	9h	Sentiu-se feliz		
<b>Mudança de Saúde (MS)</b>	2	Classificação da saúde atual comparada com o que acontecia há um ano	-	-

Fonte: Ferreira (1998, 2000a)

## **Anexos 8. Transformação de sistema de pontuação e cálculo por domínio**

Tabela 48. Sistema de pontuação para transformação dos dados.

Questão	Pontuação
1	Se a resposta for:
	1 → 5.0
	2 → 4.4
	3 → 3.4
	4 → 2.0
	5 → 1.0
2	Mantem-se o mesmo valor da resposta
3	Somar todos os valores de resposta
4	Somar todos os valores de resposta
5	Somar todos os valores de resposta
6	Se a resposta for:
	1 → 5
	2 → 4
	3 → 3
	4 → 2
	5 → 1
7	Se a resposta for:
	1 → 6.0
	2 → 5.4
	3 → 4.2
	4 → 3.1
	5 → 2.2
8	6 → 1.0
	Depende da resposta à pergunta 7
	Se 7 não for respondida e a resposta na pergunta 8 for:
	1 → 6
	2 → 4.75
	3 → 3.5
4 → 2.25	
5 → 1	
9	Se 7 respondeu 1 e na 8 respondeu 1 a pontuação será de 6.
	Se 7 respondeu entre 2 e 6 e na 8 respondeu 1 a pontuação será de 5.
	Se 7 respondeu entre 2 e 6 e na 8 respondeu 2 a pontuação será 4.
	Se 7 respondeu entre 2 e 6 e na 8 respondeu 3 a pontuação será 3
	Se 7 respondeu entre 2 e 6 e na 8 respondeu 4 a pontuação será 2.
	Se 7 respondeu entre 2 e 6 e na 8 respondeu 5 a pontuação será 1.
Para os itens 9b, 9c, 9f, 9g e 9i mantém-se o mesmo valor da resposta.	
10	Para os itens 9 <sup>a</sup> , 9d, 9e e 9h se a resposta for:
	1 → 5
	2 → 4
	3 → 3
	4 → 2
	5 → 1
11	Mantem o mesmo valor da resposta
11	Os itens 11a e 11c mantêm-se o mesmo valor da resposta.
	Para os itens 11b e 11d se a resposta for:
	1 → 5
	2 → 4
	3 → 3
	4 → 2
5 → 1	

Fonte: Ferreira (1998, 2000a)

Posteriormente são calculados os valores de cada domínio através da seguinte fórmula:

$$\text{Domínio} = \frac{\text{valor obtido nas questões correspondentes} - \text{valor mínimo possível}}{\text{Valor máximo} - \text{valor mínimo possível}} \times 100$$

Os itens por domínio encontram-se listados na tabela 47.



**Apêndice 1. Resultados detalhados por concelho para cada uma das variáveis**

Tabela 49. Caracterização da amostra segundo idade, peso, altura e IMC, em cada concelho

	S	Melgaço			Monção			Valença			Vila Nova de Cerveira			Paredes de Coura			Caminha			Ponte da Barca			Arcos de Valdevez			Ponte de Lima			Viana do Castelo		
		N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP
IDADE	T	94	77.99	5.56	171	77.60	5.79	70	76.70	5.49	60	78.23	6.31	71	81.15	5.90	85	80.54	6.43	76	80.08	6.87	160	80.16	6.01	190	80.74	6.33	363	77.69	5.85
	F	69	78.07	6.09	107	77.49	5.93	51	75.88	4.45	45	78.38	6.77	44	81.80	5.94	53	80.81	6.70	49	79.57	6.64	116	79.79	6.05	128	81.19	6.24	263	77.87	6.13
	M	25	77.76	3.81	64	77.80	5.59	19	78.89	7.33	15	77.80	4.81	27	80.11	5.79	32	80.09	6.02	27	81.00	7.31	44	81.11	5.84	62	79.82	6.46	61	77.21	5.02
Peso	T	94	69.30	13.17	171	71.66	13.29	70	70.97	10.97	60	67.99	12.02	70	68.73	14.87	85	70.06	13.54	76	70.30	11.68	160	68.26	12.58	190	67.89	12.50	363	70.02	12.54
	F	69	69.41	12.38	107	71.23	12.96	51	71.37	10.93	45	68.12	11.99	43	66.96	16.59	53	67.39	13.65	49	70.26	13.04	116	68.30	12.65	128	68.93	12.10	263	70.59	12.40
	M	25	69.00	15.42	64	72.38	13.90	19	69.89	11.29	15	67.60	12.52	27	71.56	11.34	32	74.50	12.33	27	70.37	8.93	44	68.16	12.54	62	65.73	13.11	61	68.57	12.84
Altura	T	94	154.18	8.52	171	155.92	9.01	70	155.59	8.60	60	154.97	8.90	70	153.75	9.14	85	156.05	9.41	76	152.44	8.34	160	153.03	7.95	190	152.71	8.57	364	154.73	8.58
	F	69	154.19	8.62	107	155.85	8.71	51	155.83	8.67	45	155.63	8.88	43	152.88	9.58	53	153.91	8.43	49	151.87	8.51	116	152.73	7.98	128	153.33	8.80	263	155.44	8.33
	M	25	154.15	8.39	64	156.04	9.56	19	154.95	8.59	15	152.98	8.94	27	155.14	8.38	32	159.59	9.99	27	153.47	8.07	44	153.82	7.93	62	151.44	8.00	61	153.61	9.09
IMC	T	94	29.01	4.21	171	29.45	4.69	70	29.36	4.39	60	28.25	4.19	70	28.96	4.93	85	28.68	4.49	76	30.27	4.67	160	29.10	4.62	190	29.07	4.66	363	29.13	4.42
	F	69	29.09	3.98	107	29.34	4.78	51	29.45	4.44	45	28.06	4.04	43	28.43	5.12	53	28.34	4.60	49	30.39	4.90	115	29.23	4.64	128	29.31	4.58	262	29.19	4.44
	M	25	28.80	4.87	64	29.63	4.57	19	29.13	4.39	15	28.82	4.71	27	29.80	4.58	32	29.25	4.30	27	30.04	4.29	44	28.76	4.58	62	28.59	4.81	101	28.96	4.38

Nota: DP – Desvio Padrão; T – Total; F – Feminino; M- Masculino

Tabela 50. Caracterização da amostra segundo sexo e tipologias de áreas urbanas, em cada concelho

	SEXO	Melgaço			Monção			Valença			Vila Nova de Cerveira			Paredes de Coura			Caminha			Ponte da Barca			Arcos de Valdevez			Ponte de Lima			Viana do Castelo		
		N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%			
SEXO	F	-	69	73.4	-	107	62.6	-	51	72.9	-	45	75.0	-	44	62.0	-	53	62.4	-	49	64.5	-	116	72.5	-	128	67.4	263	72.3	
	M	-	25	26.6	-	64	37.4	-	19	27.1	-	15	25.0	-	27	38.0	-	32	37.6	-	27	35.5	-	44	27.5	-	62	32.6	-	101	27.7
MEIO	a)	-	3	3.2	-	29	17.0	-	25	35.7	-	-	-	-	9	12.7	-	71	83.5	-	27	35.5	-	44	27.5	-	42	22.1	-	225	61.8
	b)	-	28	29.8	-	109	63.7	-	11	15.7	-	60	100	-	6	8.5	-	13	15.3	-	35	46.1	-	27	16.9	-	148	77.9	-	80	22.0
	c)	-	63	67.0	-	33	19.3	-	34	48.6	-	-	-	-	56	78.9	-	1	1.2	-	14	18.4	-	89	55.6	-	-	-	-	59	16.2

a) Predominantemente Urbana | b) Medianamente Urbana | c) Predominantemente Rural--

Tabela 51. Caracterização da amostra segundo as distâncias ao posto de saúde e hospital, em cada concelho.

		Melgaço			Monção			Valença			Vila Nova de Cerveira			Paredes de Coura			Caminha			Ponte da Barca			Arcos de Valdevez			Ponte de Lima			Viana do Castelo					
		N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP
<b>a)</b>	PS		7.93	4.76		5.99	5.54		4.34	2.83		4.73	0.81		6.55	3.61		2.72	2.55		4.09	4.01		4.14	4.53		4.29	4.81		2.75	3.01			
<b>b)</b>	PS	94	11.15	4.76	171	8.08	5.67	70	7.43	4.84	60	6.67	0.48	71	10.31	5.69	85	4.32	3.95	76	5.39	4.27	160	8.44	5.25	190	6.45	6.37	364	4.54	4.15			
<b>c)</b>	H		90.82	4.23		74.14	5.99		51.69	3.34		39.30	3.42		25.49	2.77		26.92	7.12		19.49	4.66		27.60	7.25		8.22	4.46		8.35	6.21			
<b>d)</b>	H		85.02	4.79		68.35	7.34		46.26	4.08		31.67	3.33		33.39	5.96		24.55	2.84		22.21	4.80		33.59	8.21		11.34	5.80		11.29	6.33			

a) Distância em Km ao posto de saúde (PS) | b) Distância em minutos ao posto de saúde (PS) | c) Distância em Km ao hospital (H) | d) Distância em minutos ao hospital (H)

Tabela 52. Caracterização da amostra segundo classe etária, estado civil, local de residência e prática de atividade física, em cada concelho.

		Melgaço			Monção			Valença			Vila Nova de Cerveira			Paredes de Coura			Caminha			Ponte da Barca			Arcos de Valdevez			Ponte de Lima			Viana do Castelo														
		N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%	N	Freq	%									
Classe etária	a)	-	56	59.6	-	108	63.2	-	51	72.9	-	40	66.7	-	25	35.2	-	39	45.9	-	37	48.7	-	74	46.3	-	82	43.2	-	232	63.7												
	b)	-	36	38.3	-	54	31.6	-	16	22.9	-	17	28.3	-	41	57.2	-	41	48.2	-	33	43.4	-	73	45.6	-	88	46.3	-	119	32.7												
	c)	-	2	2.1	-	9	5.3	-	3	4.3	-	3	5.0	-	5	7.0	-	5	5.9	-	6	7.9	-	13	8.1	-	20	10.5	-	13	3.6												
		a) Septuagenários			b) Octogenários			c) Nonagenários																																			
Estado Civil	I	-	10	10.6	-	19	11.1	-	6	8.6	-	4	6.7	-	9	12.7	-	13	15.3	-	11	14.5	-	24	15.0	-	32	16.8	-	42	11.5												
	II	-	47	50.0	-	91	53.2	-	34	48.6	-	27	45	-	23	32.4	-	27	31.8	-	25	32.9	-	53	33.1	-	67	35.3	-	146	40.1												
	III	-	37	39.4	-	5	2.9	-	4	5.7	-	-	-	-	1	1.4	-	4	4.7	-	4	5.3	-	7	4.4	-	2	1.1	-	8	2.2												
	IV	-	-	-	-	56	32.7	-	26	37.1	-	29	48.3	-	38	53.5	-	41	48.2	-	36	47.4	-	76	47.5	-	88	46.3	-	168	46.2												
	V	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.5	-	-	-												
		I. Solteiro			II. Casado			III. Divorciado			IV. Viúvo			V. Não respondeu																													
Prática de Atividade Física	I		2	2.1	-	19	11.1	-	17	24.3	-	100	-	-	12	16.9	-	40	47.1	-	28	36.8	-	33	20.6	-	74	38.9	-	46	12.6												
	C		92	97.9	-	152	88.9	-	53	75.7	-	60	-	-	59	83.1	-	45	52.9	-	48	63.2	-	127	79.4	-	116	61.1	-	318	87.4												
			I. Instituição			C. Comunidade																																					
Prática de Atividade Física	AF		72	76.3	-	90	52.6	-	51	72.9	-	37	61.7	-	57	80.3	-	45	52.9	-	37	48.7	-	76	47.5	-	87	45.8	-	261	71.7												
	nAF		22	23.4	-	81	47.4	-	19	27.1	-	23	38.3	-	14	19.7	-	40	47.1	-	39	51.3	-	39	52.5	-	103	54.2	-	103	28.3												
		AF. Atividade Física   nAF. Não atividade física																																									

**Apêndice 2.Frequências de resposta obtidas pela população idosa no SF36v2**

## QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**1. Em geral, diria que a sua saúde é:**

Ótima 1	Muito boa 2	Boa 3	Razoável 4	Frac 5
3.0%	3.4%	21,7%	45.5%	26.5%

**2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:**

Muito melhor 1	Com algumas melhoras 2	Aproximadamente igual 3	Um pouco pior 4	Muito pior 5
2.8%	10.0%	54.0%	26.0%	7.2%

**3 As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?**

*(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)*

	Sim, muito limitado/a 1	Sim, um pouco limitado/a 2	Não, nada limitado/a 3
a. <b>Actividades violentas</b> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes .....	1 66.7%	2 66.7%	3 66.7%
b. <b>Actividades moderadas</b> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa .....	1 26.6%	2 21.9%	3 51.5%
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia ....	1 23.7%	2 22.2%	3 54.1%
d. Subir <b>vários</b> lanços de escada .....	1 28.0%	2 30.7%	3 41.2%
e. Subir <b>um</b> lanço de escadas .....	1 19.3%	2 26.9%	3 53.8%
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se .....	1 43.7%	2 21.8%	3 34.5%
g. Andar <b>mais de 1 Km</b> .....	1 27.4%	2 19.2%	3 53.4%
h. Andar <b>várias</b> centenas de metros .....	1 18.3%	2 23.2%	3 58.5%
i. Andar <b>uma</b> centena de metros .....	1 13.3%	2 24.2%	3 62.4%
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1 14.1%	2 13.0%	3 72.9%

**4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1 2.5%	2 7.7%	3 8.7%	4 10.9%	5 70.3%
b. Fez menos do que queria? .....	1 4.3%	2 9.6%	3 9.8%	4 9.6%	5 66.6%
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1 5.8%	2 9.5%	3 10%	4 12.2%	5 62.6%
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1 6.7%	2 8.5%	3 9.8%	4 11.6%	5 63.4%

**5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1 1.4%	2 25.5%	3 7.5%	4 11.9%	5 73.9%
b. Fez menos do que queria? .....	1 2.2%	2 27.1%	3 11.2%	4	5 68.2%
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1 1.3%	2 4.6%	3 5.7%	4 7.9%	5 80.5%

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1 77.8%	2 7.5%	3 5.1%	4 6.6%	5 3.0%

**7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?**

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1 30.9%	2 8.4%	3 14.6%	4 14.6%	5 22.4%	6 9.1%

**8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1 26.2%	2 12.3%	3 11.4%	4 13.6%	5 5.6%

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.**

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade? .....	1 47.4%	2 19.8%	3 15.7%	4 8.4%	5 8.7%
b. Se sentiu muito nervoso/a? .....	1 9.5%	2 14.3%	3 27.9%	4 23.8%	5 24.5%
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava? .....	1 7.1%	2 10.7%	3 22.2%	4 18.8%	5 41.2%
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? .....	1 26.3%	2 32.1%	3 23.7%	4 13.4%	5 4.5%
e. Se sentiu com muita energia? .....	1 28.6%	2 21.1%	3 19.8%	4 19.9%	5 10.7%
f. Se sentiu deprimido/a? .....	1 8.3%	2 11.3%	3 25.1%	4 18.9%	5 36.4%
g. Se sentiu estafado/a? .....	1 6.2%	2 10.3%	3 20.1%	4 19.8%	5 43.5%
h. Se sentiu feliz? .....	1 26.8%	2 23.7%	3 20.8%	4 12.4%	5 16.3%
i. Se sentiu cansado/a? .....	1 7.1%	2 13.7%	3 25.7%	4 24.1%	5 29.4%

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1 3.4%	2 5.9%	3 8.4%	4 9.5%	5 72.7%

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros .....	1 2.8%	2 15.6%	3 21.7%	4 43.4%	5 16.6%
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa .....	1 12.3%	2 36.1%	3 16.6%	4 22.3%	5 12.7%
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar .....	1 12.8%	2 32.8%	3 31.2%	4 19.4%	5 3.8%
d. A minha saúde é óptima .....	1 11.6%	2 44%	3 6%	4 26.2%	5 12.1%

MUITO OBRIGADO

**Apêndice 3. Resultados SF36v2, detalhados por concelho, segundo estado civil, grupos etários, prática de atividade física e local de residência**

Tabela 53.Resultado SF36v2, detalhado por concelho, segundo estado civil

		SG		DF		FF		DE		FS		DC		SM		VT		
		N	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>Melgaço</b>	a)	10	43.90	23.10	70.00	30.31	69.50	27.93	66.67	31.94	67.50	38.72	54.10	31.01	58.00	25.30	60.00	25.72
	b)	47	54.68	17.71	84.04	26.86	74.47	23.25	86.17	23.01	92.29	16.80	64.85	29.86	69.15	24.03	76.46	22.88
	d)	37	50.22	19.26	88.35	21.41	55.54	29.36	91.89	17.84	89.53	18.28	72.16	26.97	62.16	20.84	68.24	23.31
	a)	19	48.58	22.66	73.68	28.30	58.42	35.44	85.53	20.94	92.11	13.31	61.00	32.62	67.90	20.37	72.70	23.13
<b>Monção</b>	b)	91	54.47	20.40	49.46	25.91	67.36	29.20	83.79	21.89	89.84	20.41	66.79	31.27	70.33	20.52	73.56	21.41
	c)	5	39.40	17.16	100.00	0.00	69.00	19.81	88.33	17.28	80.00	25.92	61.40	22.82	61.00	19.49	67.50	22.27
	d)	56	42.31	18.94	73.88	27.02	51.70	32.01	82.74	23.02	77.01	30.22	57.98	31.95	51.52	28.35	59.71	23.83
	a)	6	35.33	23.85	81.25	22.36	65.00	23.02	95.83	6.97	77.08	27.86	78.67	40.13	56.67	32.81	58.33	19.23
<b>Valença</b>	b)	34	51.38	18.19	84.01	26.35	69.71	25.43	86.77	19.46	87.87	22.92	58.03	33.77	60.59	24.02	66.36	23.23
	c)	4	43.00	19.39	81.25	26.52	42.50	18.48	97.92	4.17	75.00	35.36	52.50	22.53	63.75	27.20	70.31	18.66
	d)	26	46.42	20.52	88.22	21.60	60.96	31.62	87.50	19.33	86.54	26.68	68.85	33.23	60.19	25.24	66.59	22.22
	a)	4	52.25	23.47	92.19	5.98	55.00	21.60	87.50	25.00	71.88	41.30	46.50	35.98	66.25	29.55	45.31	24.67
<b>Vila Nova de Cerveira</b>	b)	27	54.15	17.16	84.03	23.66	54.07	28.32	87.65	22.21	91.20	18.28	56.78	29.66	67.78	16.37	59.49	16.48
	d)	29	46.76	15.20	76.72	27.85	58.79	23.82	84.77	21.83	82.33	25.56	53.62	27.36	55.86	24.05	49.57	22.96
	a)	9	56.00	25.23	84.72	27.97	61.11	33.80	86.11	19.54	100.00	0.00	70.67	39.19	71.67	22.64	79.17	19.76
	b)	23	49.83	19.66	82.07	25.37	73.48	23.18	82.25	25.29	91.30	15.74	58.26	31.21	72.61	18.39	69.02	25.80
<b>Paredes de Coura</b>	c)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	d)	38	51.50	20.80	78.62	27.63	66.58	26.69	78.51	25.90	89.47	18.50	73.34	29.02	69.08	24.21	64.15	27.17
	a)	13	47.77	18.82	74.04	29.52	51.92	35.86	87.82	22.98	84.62	22.33	59.69	34.11	52.31	25.63	58.65	26.34
	b)	27	54.96	19.23	84.95	28.34	73.52	27.49	93.52	15.22	88.43	23.24	66.59	34.46	72.22	22.84	76.16	22.67
<b>Caminha</b>	c)	4	52.50	14.43	85.94	28.13	75.00	20.82	68.75	43.23	87.50	17.68	75.00	50.00	63.75	35.68	73.44	17.21
	d)	41	44.73	18.50	88.26	19.22	47.07	29.90	93.90	11.64	87.20	21.01	61.17	32.74	64.51	22.44	65.24	26.00
	a)	11	41.91	20.99	69.32	35.63	45.00	30.33	81.06	23.60	77.27	34.83	66.73	27.80	56.36	26.93	60.80	26.08
	b)	25	53.44	18.10	87.50	19.85	63.20	28.94	91.33	18.86	87.50	21.65	64.76	28.30	67.20	25.38	65.75	20.97
<b>Ponte da Barca</b>	c)	4	45.50	31.85	87.50	25.00	30.00	41.43	81.25	32.19	65.63	47.19	43.75	34.99	32.50	29.01	56.25	34.23
	d)	36	38.28	19.53	76.39	31.34	37.64	34.90	90.28	16.96	72.22	35.87	62.14	35.58	50.83	21.83	57.12	24.47
	a)	24	39.50	17.75	77.86	23.60	52.29	25.79	89.93	16.11	86.98	23.45	61.08	30.47	56.25	23.92	57.03	19.79
	b)	53	47.94	19.07	82.90	25.95	67.08	31.35	90.57	18.42	91.75	19.60	58.08	31.04	70.00	22.40	66.16	23.72
<b>Arcos de Valdevez</b>	c)	7	43.86	18.69	76.79	28.58	49.29	30.47	77.38	27.52	85.71	28.35	45.00	38.72	52.14	15.24	51.79	28.35
	d)	76	43.83	19.99	75.99	29.99	55.13	30.52	82.68	26.24	81.25	26.96	55.37	31.77	50.79	27.58	56.25	25.78
	a)	32	43.16	19.38	73.83	31.45	52.19	28.11	83.85	23.85	80.09	33.13	67.44	29.38	60.78	24.92	67.77	20.95
	b)	67	47.70	20.05	77.71	28.54	61.05	31.62	89.06	18.25	86.38	26.54	62.76	37.97	70.22	22.55	69.40	22.88
<b>Ponte de Lima</b>	c)	2	33.50	26.16	100.00	0.00	45.00	49.50	95.83	5.89	56.25	61.87	27.00	7.07	55.00	14.14	65.63	30.94
	d)	88	40.21	19.43	75.43	31.54	44.38	29.85	87.41	24.04	82.81	27.75	60.31	31.89	52.27	24.27	57.60	23.60
	a)	42	54.98	24.06	82.44	23.07	70.00	24.87	90.68	16.07	90.18	20.94	62.57	29.35	70.48	27.05	72.47	22.89
	b)	146	56.01	17.08	88.78	19.39	75.93	23.90	91.04	18.29	94.86	14.21	68.92	29.08	74.21	22.12	76.58	17.16
<b>Viana do Castelo</b>	c)	8	56.13	20.75	86.72	20.71	55.63	35.40	83.33	19.42	87.50	22.16	62.38	38.14	66.25	31.25	67.19	27.50
	d)	168	48.74	19.11	80.02	27.57	58.54	30.00	88.64	19.48	84.97	25.17	62.30	31.41	63.63	24.09	67.75	24.25

Nota: a) Solteiro/a | b) casado/a | c) Divorciado/a | d) Viúvo/a; SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade; DP – Desvio Padrão.

Tabela 54. Resultado SF36v2, detalhado por concelho, segundo grupos etários

		SG			DF		FF		DE		FS		DC		SM		VT	
		N	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Melgaço	a)	56	55.09	18.04	89.17	21.30	74.38	23.97	87.50	21.26	87.50	22.99	65.46	31.76	66.16	25.21	75.11	25.32
	b)	36	46.72	19.86	75.69	29.84	55.83	28.77	83.80	26.42	89.58	20.16	68.89	25.49	63.89	20.25	65.80	19.79
	c)	2	50.00	21.21	100.00	0.00	37.50	24.75	100.00	0.00	100.00	0.00	56.50	6.36	62.50	10.61	71.88	39.78
Monção	a)	108	48.42	20.66	77.84	27.46	64.72	29.15	84.72	21.30	86.57	23.10	62.25	31.53	63.48	24.73	70.72	22.15
	b)	54	50.17	20.47	78.13	25.37	56.11	33.50	81.94	23.28	84.72	26.00	63.02	31.46	62.32	24.18	62.96	24.73
	c)	9	56.44	24.53	71.53	21.68	51.11	39.03	83.33	22.44	79.17	29.32	73.89	32.09	73.33	28.28	79.86	18.95
Valença	a)	51	45.55	18.71	86.15	23.56	65.69	27.09	89.22	16.94	83.82	24.79	61.47	35.36	57.45	23.46	65.93	20.74
	b)	16	49.31	20.65	83.59	25.61	60.63	28.75	86.46	22.13	89.06	28.46	63.13	27.96	65.00	28.23	64.84	26.11
	c)	3	75.33	15.28	77.08	29.54	65.00	43.59	86.11	24.06	100.00	0.00	100.00	0.00	83.33	20.82	72.92	28.18
Vila Nova de Cerveira	a)	40	51.05	17.65	84.53	24.27	62.13	23.56	86.88	22.95	83.75	27.03	56.15	27.86	61.50	20.20	53.75	22.64
	b)	17	51.77	14.36	77.21	23.38	45.00	25.37	86.77	19.33	90.44	17.42	50.82	29.83	66.18	17.90	54.78	15.71
	c)	3	35.00	13.23	56.25	40.98	45.00	36.06	75.00	25.00	83.33	7.22	54.67	40.51	43.33	16.07	47.92	25.26
Paredes de Coura	a)	25	45.80	20.88	81.50	23.28	70.80	23.48	81.00	21.59	88.00	18.92	58.08	34.39	66.40	23.39	65.00	22.02
	b)	41	53.59	20.80	79.12	29.63	66.83	28.76	80.29	27.37	93.29	15.59	72.07	29.31	71.46	21.04	69.06	29.18
	c)	5	66.40	7.40	91.25	12.18	70.00	24.50	86.67	19.19	95.00	6.85	91.20	12.78	87.00	15.65	75.00	17.68
Caminha	a)	39	47.36	19.01	84.30	25.16	60.90	33.18	92.74	17.12	87.82	24.42	64.72	36.80	68.46	22.74	70.67	24.68
	b)	41	48.93	19.06	83.69	25.11	52.93	31.44	89.63	18.89	85.37	19.55	58.46	31.03	59.63	25.28	64.18	26.11
	c)	5	59.20	16.27	100.00	0.00	69.00	21.04	100.00	0.00	97.50	5.59	92.20	17.44	83.00	10.37	80.00	15.56
Ponte da Barca	a)	37	49.46	23.03	83.28	28.61	56.08	34.04	88.96	18.33	87.50	24.12	60.97	33.54	58.65	27.66	67.23	21.57
	b)	33	38.49	16.11	76.52	27.42	38.18	31.10	86.62	21.94	64.39	37.39	62.21	31.00	51.97	23.12	53.41	25.44
	c)	6	42.83	22.90	73.96	38.00	35.83	42.36	100.00	0.00	89.58	25.52	76.00	29.18	62.50	22.53	57.29	20.70
Arcos de Valdevez	a)	74	45.72	19.83	77.45	29.09	62.57	30.30	86.71	21.50	84.80	27.00	59.12	32.32	59.80	27.07	61.23	25.19
	b)	73	41.74	18.53	80.48	24.05	54.52	29.30	86.30	23.30	86.82	23.24	53.77	30.38	57.12	25.15	55.39	22.73
	c)	13	53.62	19.02	74.52	34.94	56.54	37.49	82.05	28.23	85.58	28.34	59.00	32.35	53.08	28.83	72.12	28.25
Ponte de Lima	a)	82	46.15	18.88	81.17	25.64	60.73	28.93	88.72	18.67	85.82	27.27	64.59	33.72	66.52	23.55	66.69	22.07
	b)	88	41.05	20.33	72.09	32.41	47.22	31.98	86.46	24.90	80.97	29.54	58.97	31.65	55.40	24.45	61.65	24.05
	c)	20	42.65	21.38	73.44	35.81	35.75	25.82	87.50	21.03	84.38	39.77	66.15	35.43	54.25	26.82	59.38	25.45
Viana do Castelo	a)	232	53.82	18.79	86.64	21.33	72.29	26.00	89.62	18.95	90.57	21.27	63.92	30.59	70.69	24.34	73.90	21.21
	b)	119	49.69	20.33	78.41	27.95	57.31	29.36	89.15	18.68	87.61	21.19	64.82	30.31	64.50	24.33	68.28	22.51
	c)	13	55.77	15.28	87.02	28.47	55.00	35.36	96.80	9.34	90.39	22.33	85.54	23.06	72.31	17.63	67.31	24.15

Nota: a) Septuagenários | b) Octogenários | c) Nonagenários; SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade; DP – Desvio Padrão

Tabela 55.Resultado SF36v2, detalhado por concelho, segundo a prática de atividade física

		SG		DF		FF		DE		FS		DC		SM		VT		
		N	M	DP														
<b>Melgaço</b>	<b>a)</b>	72	54.92	17.53	82.55	26.58	72.64	24.16	84.14	25.38	86.81	23.07	67.08	29.53	66.11	24.47	73.44	24.33
	<b>b)</b>	22	41.50	20.51	89.77	21.35	46.36	28.75	93.56	11.48	94.32	15.30	64.96	28.21	62.27	17.98	65.06	21.01
<b>Monção</b>	<b>a)</b>	90	53.33	20.89	82.29	24.24	68.89	29.13	83.43	22.95	86.67	23.91	69.74	30.40	68.17	22.90	73.96	22.08
	<b>b)</b>	81	45.01	19.84	72.38	27.93	52.84	31.56	84.16	20.82	84.41	24.81	55.73	31.14	58.58	25.78	62.96	23.07
<b>Valença</b>	<b>a)</b>	51	51.63	19.29	84.31	23.53	66.86	28.65	88.89	17.77	83.58	26.52	65.22	33.90	61.67	24.65	68.75	22.85
	<b>b)</b>	19	37.11	17.35	87.50	25.60	58.16	24.84	87.28	19.91	91.45	20.86	58.90	33.70	56.58	25.77	58.55	18.19
<b>Vila Nova de Cerveira</b>	<b>a)</b>	37	51.11	17.06	84.29	22.27	59.19	25.21	90.77	15.81	86.82	21.64	48.19	25.90	61.62	19.58	52.70	19.79
	<b>b)</b>	23	49.39	16.57	75.82	29.21	51.96	25.97	78.99	27.96	83.70	27.81	64.83	30.20	62.39	20.33	55.44	22.48
<b>Paredes de Coura</b>	<b>a)</b>	57	52.05	21.06	82.57	25.13	68.95	25.68	83.04	22.77	91.45	16.56	66.28	29.91	71.67	21.26	68.85	25.20
	<b>b)</b>	14	50.50	20.05	73.66	31.79	66.43	30.35	72.62	31.08	91.96	16.70	77.50	36.89	67.14	24.94	60.71	29.05
<b>Caminha</b>	<b>a)</b>	45	52.76	17.95	87.50	21.49	65.22	29.52	93.15	13.33	92.78	15.65	70.49	31.63	67.11	23.80	70.69	23.30
	<b>b)</b>	40	44.38	19.14	82.03	27.52	48.88	32.47	90.00	21.45	80.94	25.32	55.25	34.89	62.75	24.60	65.16	27.00
<b>Ponte da Barca</b>	<b>a)</b>	37	48.78	22.35	82.94	25.54	50.81	35.52	89.41	19.01	80.74	32.89	63.41	28.31	57.70	24.63	64.36	24.60
	<b>b)</b>	39	39.80	18.22	76.44	31.40	42.82	32.98	88.25	20.12	74.68	32.25	62.03	35.46	54.49	26.25	56.73	23.00
<b>Arcos de Valdevez</b>	<b>a)</b>	76	48.34	18.62	79.85	25.55	61.25	30.16	87.17	20.66	89.15	19.83	62.25	30.25	61.58	26.09	60.69	25.68
	<b>b)</b>	84	41.11	19.46	77.46	28.93	55.83	30.80	85.22	24.66	82.74	27.84	51.62	31.94	54.82	26.14	58.33	23.79
<b>Ponte de Lima</b>	<b>a)</b>	87	46.26	18.09	81.39	26.48	58.56	29.69	90.61	19.31	89.51	21.81	67.24	31.92	63.91	21.77	66.52	22.69
	<b>b)</b>	103	41.01	21.05	71.72	32.53	46.17	31.31	84.95	23.69	78.28	31.42	57.85	33.29	56.84	26.84	61.10	23.82
<b>Viana do Castelo</b>	<b>a)</b>	261	54.04	19.63	84.75	22.79	72.11	25.79	90.23	18.02	91.81	17.69	65.18	29.86	71.15	23.29	75.12	20.46
	<b>b)</b>	103	48.73	17.81	81.98	27.46	53.25	30.22	88.43	20.12	83.98	27.70	64.50	32.06	62.57	25.67	63.47	23.27

Nota: a) AF- Pratica atividade física | b) nAF – Não pratica atividade física; SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade; DP – Desvio Padrão.

Tabela 56. Resultado SF36v2, detalhado por concelho, segundo local de residência.

		SG			DF		FF		DE		FS		DC		SM		VT	
		N	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b>Melgaço</b>	<b>a)</b>	2	45.00	7.07	87.50	17.68	75.00	14.14	100.00	0.00	75.00	17.68	81.00	26.87	40.00	21.21	37.50	26.52
	<b>b)</b>	92	51.92	19.20	84.17	25.74	66.30	27.75	86.05	23.35	88.86	21.73	66.27	29.19	65.76	22.92	72.21	23.30
<b>Monção</b>	<b>a)</b>	19	46.95	22.00	71.71	27.27	49.47	31.49	67.98	26.83	79.61	28.63	53.90	23.54	61.58	25.33	56.25	27.16
	<b>b)</b>	152	49.70	20.66	78.33	26.34	62.76	31.03	85.75	20.47	86.35	23.70	64.26	32.18	63.88	24.70	70.31	22.21
<b>Valença</b>	<b>a)</b>	17	50.47	24.36	79.04	26.60	53.53	31.66	86.77	21.26	83.09	30.28	73.35	26.44	58.24	26.98	59.93	21.32
	<b>b)</b>	53	46.79	18.22	87.15	22.98	68.02	25.77	89.00	17.36	86.56	23.62	60.34	35.38	60.94	24.40	67.93	22.10
<b>Vila Nova de Cerveira</b>	<b>a)</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>b)</b>	60	50.45	16.75	81.04	25.26	56.42	25.53	86.25	21.85	85.63	24.01	54.57	28.56	61.92	19.70	53.75	20.72
<b>Paredes de Coura</b>	<b>a)</b>	12	56.33	18.42	88.54	14.06	71.25	30.16	81.25	17.81	95.33	11.10	87.50	15.68	74.58	16.58	70.31	32.11
	<b>b)</b>	59	50.81	21.20	79.24	28.27	67.88	25.88	80.93	26.04	90.68	17.31	64.63	32.51	70.00	22.89	67.59	24.93
<b>Caminha</b>	<b>a)</b>	40	50.25	16.36	83.91	26.17	52.38	31.62	90.83	18.08	86.25	18.95	67.45	33.76	64.63	23.08	67.66	27.33
	<b>b)</b>	45	47.53	20.98	85.83	23.21	62.11	31.67	92.41	17.30	88.06	23.68	59.64	33.94	65.44	25.29	68.47	23.27
<b>Ponte da Barca</b>	<b>a)</b>	28	40.32	20.29	73.44	29.44	30.36	31.06	86.91	19.96	66.52	36.33	64.07	32.06	48.21	24.08	52.68	22.27
	<b>b)</b>	48	46.42	20.81	83.20	27.93	56.25	32.64	89.93	19.29	84.12	28.45	61.90	32.23	60.63	25.19	64.97	23.94
<b>Arcos de Valdevez</b>	<b>a)</b>	33	51.61	18.14	82.20	24.81	51.82	31.12	86.11	23.07	87.50	19.76	60.39	32.11	56.52	28.08	57.95	26.48
	<b>b)</b>	127	42.71	19.29	77.66	27.95	60.12	30.25	86.16	22.82	85.34	25.64	55.70	31.40	58.43	25.86	59.84	24.25
<b>Ponte de Lima</b>	<b>a)</b>	74	42.05	20.98	74.32	33.34	43.51	28.03	84.46	25.07	83.62	29.11	65.76	32.47	59.80	23.50	60.05	24.37
	<b>b)</b>	116	44.29	19.17	77.32	28.15	57.16	31.93	89.51	19.51	83.30	28.31	59.85	33.14	60.26	25.76	65.84	22.59
<b>Viana do Castelo</b>	<b>a)</b>	46	50.02	34.36	79.08	27.07	52.50	30.84	85.87	21.72	82.88	29.92	66.46	31.21	67.83	27.42	68.61	24.77
	<b>b)</b>	318	52.90	18.42	84.67	23.71	68.84	27.45	90.28	18.10	90.57	20.19	64.77	30.39	68.85	23.81	72.29	21.45

Nota: a) Instituição | b) Comunidade; SG – Saúde Geral; DF – Desempenho Físico; FF – Função Física; DE – Desempenho Emocional; FS – Função Social; DC – Dor Corporal; SM – Saúde Mental; VT – Vitalidade; DP – Desvio Padrão

