

A group of people are sitting on mats on the grass in a park, practicing yoga or meditation. They are positioned under the shade of a large, leafy tree. The scene is peaceful and natural, with sunlight filtering through the leaves. The text is overlaid on the image in white.

MONÇÃO

CONTRIBUTOS PARA UM PERFIL DE SAÚDE

COORDENAÇÃO

Luís Carlos Carvalho da Graça

Maria Cândida Cracel Viana

MONÇÃO

CONTRIBUTOS PARA UM PERFIL DE SAÚDE

COORDENAÇÃO

Luís Carlos Carvalho da Graça

Maria Cândida Cracel Viana

AUTORES

Clara Assis Coelho de Araújo

Clementina dos Prazeres Fernandes Sousa

Luís Carlos Carvalho da Graça

Maria Aurora Gonçalves Pereira

Maria Cândida Cracel Viana

REVISÃO

Sandra Cristina Santos Sousa

APOIOS

Município de Monção

Escola Superior de Saúde – IPVC

CAPA

Município de Monção

ISBN - 978-989-54883-2-2

2021

AGRADECIMENTOS

Às e aos estudantes, Adriana Amorim, Ana Pilar, Ana Moreira, Ana Morim, Ana Costa, Ana Pinto, Arianna Fernandes, Bruna Silva, Bruna Machado, Carina Araújo, David Cerqueira, Diana Costa, Diana Alves, Diogo Torres, Elvira Soares, Fátima Pires, Inês Fernandes, Inês Oliveira, Inês Silva, Irina Lopes, Joana Silva, Juliana Costa, Mariana Costa, Marta Feio, Miguel Lopes, Nádía Pereira, Natália Rodrigues, Ricardo Cunha, Sara Cachulo, Sílvia Araújo e Tânia Pereira, que integrado nas Unidades Curriculares de Investigação do Curso de Licenciatura em Enfermagem, a par do desenvolvimento de competências académicas, contribuíram, com o seu trabalho, com os elementos que permitiram a construção deste relatório.

À população de Monção que de forma generosa facultou a informação.

Ao Município de Monção e aos autarcas, pela disponibilidade demonstrada ao longo de todo o processo e pela criação de condições para a recolha de dados.

À Eliana Costa pela atenção e dedicação em todas as fases da recolha de dados.

SIGLAS, ACRÓMINOS E ABREVIATURAS

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC- Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

ESSS - Escala de Satisfação com o Suporte Social

IMC – Índice de Massa Corpora

INE- Instituto nacional de Estatística

IPAQ - International Physical Activity Questionnaire

MET - Metabolic Equivalent for Task

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSA – Prostate Specific Antigen

QV - Qualidade de Vida

TA- Tensão Arterial

WHO- World Health Organization

Índice

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS	5
INTRODUÇÃO	8
1 - OPÇÕES METODOLÓGICAS	10
1.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA	10
1.2 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	12
1.3 TRATAMENTO DE DADOS	13
2 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	14
3 - DETERMINANTES DE SAÚDE RELACIONADOS COM ESTILOS DE VIDA	18
3.1 CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS	19
3.2 - ATIVIDADE FÍSICA	27
4 - ESTADO DE SAÚDE	34
4.1 - DOENÇA CRÓNICA	34
4.2 - ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS	42
4.3 - DEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	44
5 - CUIDADOS PREVENTIVOS	48
6 - QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL	60
6.1 - QUALIDADE DE VIDA	60
6.2 - SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL	63
CONCLUSÕES	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Distribuição dos inquéritos por freguesia (n=638) 11

Figura 1 - Modelo de determinantes de saúde de Dahlgren e Whitehead 18

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da idade conforme o sexo	14
Gráfico 2 - Distribuição conforme o nível de escolaridade	15
Gráfico 3 - Distribuição conforme o estado civil	16
Gráfico 4 - Distribuição conforme a dimensão do agregado	17
Gráfico 5 - Distribuição conforme o número de refeições principais	20
Gráfico 6 - Distribuição conforme os alimentos consumidos nas refeições principais	21
Gráfico 7 - Distribuição conforme o número de refeições intercalares	21
Gráfico 8 - Distribuição conforme os alimentos consumidos nas refeições intercalares	22
Gráfico 9 - Distribuição conforme o número de cafés	23
Gráfico 10 - Distribuição conforme o consumo de bebidas alcoólicas	23
Gráfico 11 - Distribuição conforme ter consumido bebidas alcoólicas, por grupo etário	24
Gráfico 12 - Distribuição do consumo do tipo bebidas alcoólicas por número de dias	25
Gráfico 13 - Distribuição dos jovens e adultos, por sexo, conforme o IMC	26
Gráfico 14 - Distribuição dos idosos conforme o IMC	26
Gráfico 15 - Distribuição conforme limitações para a atividade física	28
Gráfico 16 - Distribuição do número de dias de atividade, conforme o tipo	29
Gráfico 17 - Distribuição da mediana de minutos de atividade física vigorosa	30
Gráfico 18 - Distribuição da mediana de minutos de atividade física moderada	31
Gráfico 19 - Distribuição da mediana de minutos a andar pelo menos 10 minutos	32
Gráfico 20 - Distribuição conforme o nível de atividade física	33
Gráfico 21 - Distribuição conforme a prevalência das principais doenças crónicas	35
Gráfico 22 - Distribuição conforme a prevalência das restantes doenças crónicas	36
Gráfico 23 - Distribuição conforme a presença de doença crónica	37
Gráfico 24 - Distribuição conforme a idade mínima de início da doença	38
Gráfico 25 - Distribuição conforme a mediana da idade de início da doença	39
Gráfico 26 - Distribuição conforme a informação da doença por profissional de saúde	40
Gráfico 27 - Distribuição conforme o tratamento da doença (doenças mais prevalentes)	41
Gráfico 28 - Distribuição conforme o tratamento medicamentoso de outras doenças	41
Gráfico 29 - Distribuição conforme os níveis de ansiedade, depressão e stress	44
Gráfico 30 - Distribuição dos idosos conforme o grau de dependência	45
Gráfico 31 - Distribuição por sexo de incapacidade por atividade	46
Gráfico 32 - Distribuição conforme o ano da última consulta de vigilância de saúde	49
Gráfico 33 - Distribuição conforme as dificuldades de acesso ao Centro de Saúde	50
Gráfico 34 - Distribuição conforme o ano de vacinação contra a gripe	51
Gráfico 35 - Distribuição conforme a avaliação de TA, Colesterol e Glicemia	52
Gráfico 36 - Distribuição conforme o tempo há que decorreu a última avaliação da TA, colesterol e glicemia	53
Gráfico 37 - Distribuição conforme as razões para a avaliação da TA, colesterol e glicemia	54
Gráfico 38 - Distribuição das mulheres conforme a realização de rastreio de cancro da mama e cancro do colo uterino	55
Gráfico 39 - Distribuição das mulheres conforme os motivos para a realização de mamografia e citologia	55
Gráfico 40 - Distribuição conforme a realização conforme a realização de rastreio do cancro do colon e reto	56
Gráfico 41 - Distribuição conforme os motivos para a realização de colonoscopia e pesquisa de sangue oculto nas fezes	57
Gráfico 42 - Distribuição dos homens com 50 e mais anos conforme a realização de rastreio do cancro da próstata	57
Gráfico 43 - Distribuição conforme os motivos para a realização de colonoscopia e pesquisa de sangue oculto nas fezes	58
Gráfico 44 - Distribuição conforme a média das dimensões da Qualidade de vida	61

Gráfico 45 - Distribuição conforme a média das componentes da Qualidade de vida	62
Gráfico 46 - Distribuição conforme a Satisfação com o Suporte Social	65

INTRODUÇÃO

O relatório que se apresenta integra os resultados do Inquérito Municipal de Saúde, realizado no âmbito de um protocolo entre o Município de Monção e a Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Articulou-se com os desenvolvimentos curriculares dos estudantes do XVIII Curso de Licenciatura em Enfermagem.

O concelho de Monção fica localizado no norte de Portugal, com uma área de 211,3 km² (Pordata, [2020]), fazendo fronteira com Espanha, Arcos de Valdevez, Melgaço, Paredes de Coura e Valença. É um dos dez concelhos do distrito de Viana do Castelo e da NUT III – Minho-Lima, composto por 24 uniões de freguesias/freguesias (Abedim, Anhões/Luzio, Barbeita, Barroças e Talias, Bela, Cambeses, Ceivães/Badim, Lapela/Troporiz, Lara, Longos Vales, Mazedo/Cortes, Merufe, Messegães/Valadares/Sá, Monção/Troviscoso, Moreira, Pias, Pinheiros, Podame, Portela, Riba de Mouro, Sago/Lordelo/Parada, Segude, Tangil, Trute).

Em 2011 a população residente era de 19320 pessoas (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2012), e em 2018 de 17972 pessoas, representando a população jovem 9,6%, a idosa 29,5% e o índice de envelhecimento era de 307 (Pordata, [2020]).

O Município de Monção integra a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis desde 2018, desenvolvendo diversos projetos no âmbito da Promoção da Saúde e do bem-estar físico e psicológico da população (Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, 2020).

Com vista a contribuir para a construção de um perfil de saúde que apoiasse o planeamento de projetos na área da promoção da saúde, desenvolveu-se um inquérito por entrevista, envolvendo estudantes da Licenciatura em Enfermagem, com a orientação de cinco professores, autores dos capítulos do relatório.

O Inquérito visou obter indicadores sobre:

- Determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida
- O estado de saúde da população do concelho de Monção
- Adesão a cuidados preventivos
- Perceção de qualidade de vida e satisfação com o suporte social

O relatório encontra-se estruturado em seis capítulos. O primeiro é relativo às opções metodológicas. No segundo procede-se à caracterização da população, para de seguida se descreverem alguns determinantes de saúde relacionados com estilos de vida, onde se inclui o

consumo de alimentos e bebidas e a atividade física. O quarto é relativo ao estado de saúde reportado pelos inquiridos, integrando a prevalência de algumas doenças crônicas, a dependência nas atividades de vida diária e a avaliação da ansiedade, depressão e stress. No capítulo quinto aborda-se a adesão aos cuidados de saúde preventivos. No último capítulo descreve-se a percepção da qualidade de vida e a satisfação com o suporte social, para no final se apresentarem as principais conclusões, limitações e recomendações.

No corpo do relatório procede-se à descrição dos resultados mais relevantes de cada um dos domínios do inquérito. Em apêndice são apresentados os principais dados desagregados por sexo e grupo etário

1 - OPÇÕES METODOLÓGICAS

Luís Carlos Carvalho da Graça

Maria Cândida Cracel Viana

Neste capítulo descrevem-se as opções metodológicas que nortearam o estudo, procedendo-se à descrição dos procedimentos da constituição da amostra, do instrumento e dos procedimentos de colheita de dados.

Inicia-se com uma breve descrição da articulação com os desenvolvimentos curriculares dos grupos de estudantes da Licenciatura em Enfermagem.

O Inquérito Municipal de Saúde articulou-se com os processos formativos dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, nomeadamente nas disciplinas de Investigação inscritas no plano de estudos.

Os estudantes procederam ao planeamento da investigação no 3º ano e à colheita de dados, tratamento da informação e elaboração de relatórios no 4º ano, tendo efetuado estudos de acordo com as temáticas do inquérito.

Para o presente relatório procedeu-se ao tratamento e à análise global dos dados, tratando-se de um estudo descritivo.

1.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para o estudo foram considerados os dados populacionais dos Censos de 2011 (INE, 2012), sendo a população residente no concelho constituída por 19320 pessoas.

Na impossibilidade de se estudar a população, devido ao limite de tempo para o estudo e à dispersão geográfica, foram selecionadas pelo Município, freguesias que representavam a diversidade geográfica do concelho.

O tamanho da amostra foi calculado para um estudo de prevalência assumindo um erro tolerável de 4% e um intervalo de confiança da 95%. A amostra foi inicialmente estratificada proporcionalmente por freguesia, de acordo com a população residente (quadro 1).

Definiu-se como critério de inclusão ter 7 anos ou mais.

No entanto, na colheita de dados não foi possível manter o número de inquéritos previstos, com sub-representação em algumas freguesias, enquanto noutras se observou sobre-representação.

Quadro 1 - Distribuição dos inquéritos por freguesia (n=638)

Freguesia	População residente (INE, 2020)	Nº de inquéritos previstos	Nº de questionários efetuados
Barbeita	1016	55	58
Barroças e Tais	214	17	21
Longos Vales	651	53	49
Mazedo	1202	100	86
Monção	1583	133	144
Moreira	422	33	34
Pias	573	46	49
Pinheiros	228	19	14
Riba de Mouro	1031	52	57
Tangil	584	41	46
Cortes	953	82	80
TOTAL	11716	631	638

Para a seleção das unidades amostrais utilizou-se o método de Kish, de acordo com o número de pessoas do agregado familiar, organizado do mais velho para o mais novo e do masculino para o feminino. Também estava previsto que os inquéritos fossem efetuados no domicílio, no entanto, porque o período de recolha de dados, inicialmente prevista para setembro, coincidia com o período de colheitas agrícolas, teve que se adiar para novembro. Esta opção condicionou a realização das entrevistas nas unidades de alojamento, sendo a sua realização nas sedes das juntas de freguesias e outros locais de maior concentração de pessoas, com recurso a uma técnica amostral accidental. Para o recrutamento das pessoas a inquirir contou-se com a colaboração das juntas de freguesia, a quem foi solicitada a seleção de acordo com o número de inquéritos por freguesia, por sexo e por idade.

Contudo, observou-se que a distribuição não era proporcional em função do sexo e do grupo etário, tendo a amostra sido ponderada em função destas variáveis.

1.2 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados foi o Inquérito de Saúde, numa adaptação do IV Inquérito Nacional de Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge/INE sendo composto por nove grupos de questões, nomeadamente:

- Caracterização sociodemográfica, onde se incluem variáveis como sexo, idade, profissão, escolaridade;
- Doenças crónicas, com questões sobre as doenças crónicas mais frequentes, a idade de início, quem informou sobre a doença e o tratamento;
- Consumo de alimentos e bebidas que inclui questões sobre o número de refeições, os alimentos consumidos no dia anterior, as bebidas consumidas nos últimos 7 dias e as quantidades. Inclui ainda, informação sobre o peso e a altura reportados pelo inquirido;
- Atividade física, avaliada através do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) versão curta (Patterson, 2005);
- Cuidados preventivos, com questões relacionadas com a vigilância de saúde, rastreios e acessibilidade aos serviços de saúde;
- Qualidade de vida, avaliada através da SF 36. Inclui 8 domínios integrados em duas componentes. A componente física inclui: Função física; Desempenhos físico e emocional; Dor física; Saúde em geral; Vitalidade. A componente mental inclui: Função social; Saúde mental (Ferreira, 2000);
- Ansiedade, depressão e stress, avaliada através da EADS-21, na versão de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004);
- Satisfação com o suporte social, avaliada através da Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais-Ribeiro (1999);
- Dependência, avaliada através do Índice de Lawton-Brody, na versão de Sequeira (2007).

Para a colheita de dados foi efetuada a formação e treino dos inquiridores. Tratando-se de estudantes de enfermagem, os conceitos de saúde eram do seu conhecimento, pelo que relativamente a estes conceitos não foi efetuada formação.

A recolha da informação foi realizada por entrevista presencial, na população das freguesias selecionadas, nas pessoas recrutadas pelo Município, e nos locais disponibilizados pelas juntas de freguesia.

Foram salvaguardados os princípios éticos da livre participação, consentimento informado verbal, anonimato e confidencialidade.

1.3 TRATAMENTO DE DADOS

Para o tratamento estatístico de dados recorreremos a técnicas de estatística descritiva. Para a apresentação de resultados utilizamos apresentações tabulares e gráficas e a distribuições de frequências absolutas e relativas, desagregados por sexo e grupo etário.

Nas variáveis quantitativas utilizaram-se medidas de tendência central (média), dispersão (desvio-padrão) e localização (mediana, percentil 25 e percentil 75).

Para carregar a informação foi utilizada a plataforma LimeSurvey.

O tratamento de dados foi efetuado com recurso ao SPSS 27.0 para Windows.

2 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Luis Carlos Carvalho da Graça

Clara Assis Coelho de Araújo

Clementina dos Prazeres Fernandes Sousa

Luis Carlos Carvalho da Graça

Maria Aurora Gonçalves Pereira

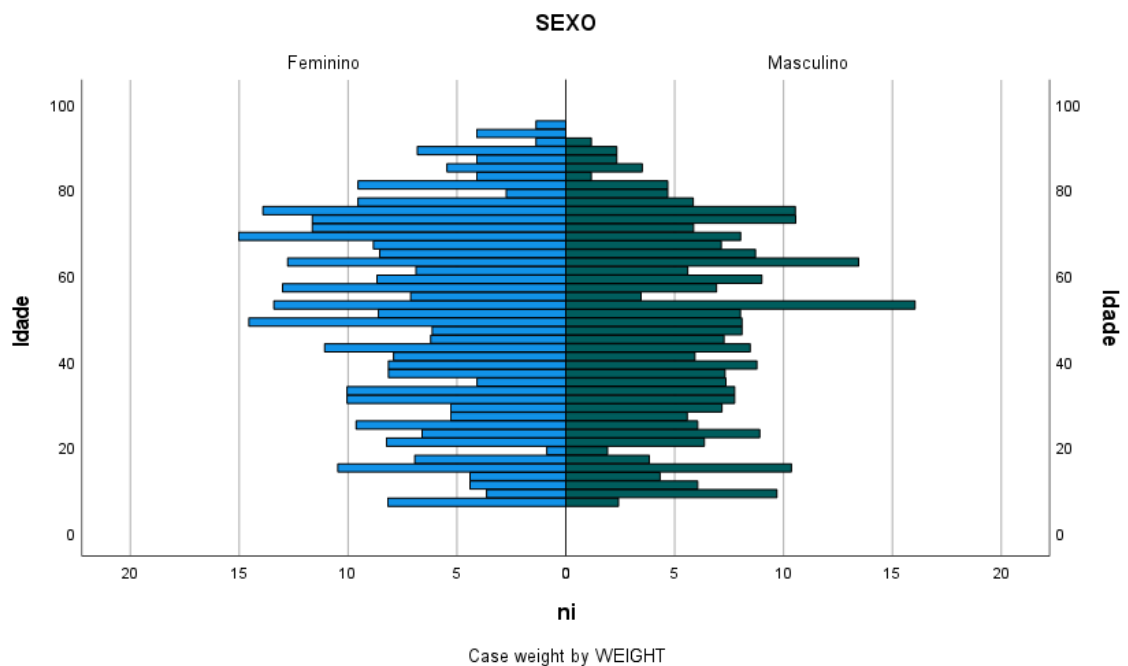
Maria Cândida Cracel Viana

A amostra ficou constituída por 638 inquiridos. Os resultados que se apresentam foram ponderados em função do sexo e do grupo etário

No sexo masculino as idades variam entre 7 e 90 anos, com média de $46,88 \pm 21,86$ anos, mediana de 48 anos, correspondendo o percentil 25 a 29 anos e o percentil 75 a 65 anos. As pessoas do sexo feminino são ligeiramente mais velhas, com idades que variam entre 7 e 94 anos, com média de $50,75 \pm 22,78$ anos, mediana de 53 anos, correspondendo o percentil 25 a 32 anos e o percentil 75 a 69 anos.

Da pirâmide etária é possível observa-se a maior proporção de mulheres e nos grupos etários mais elevados (gráfico 1)

Gráfico 1 - Distribuição da idade conforme o sexo

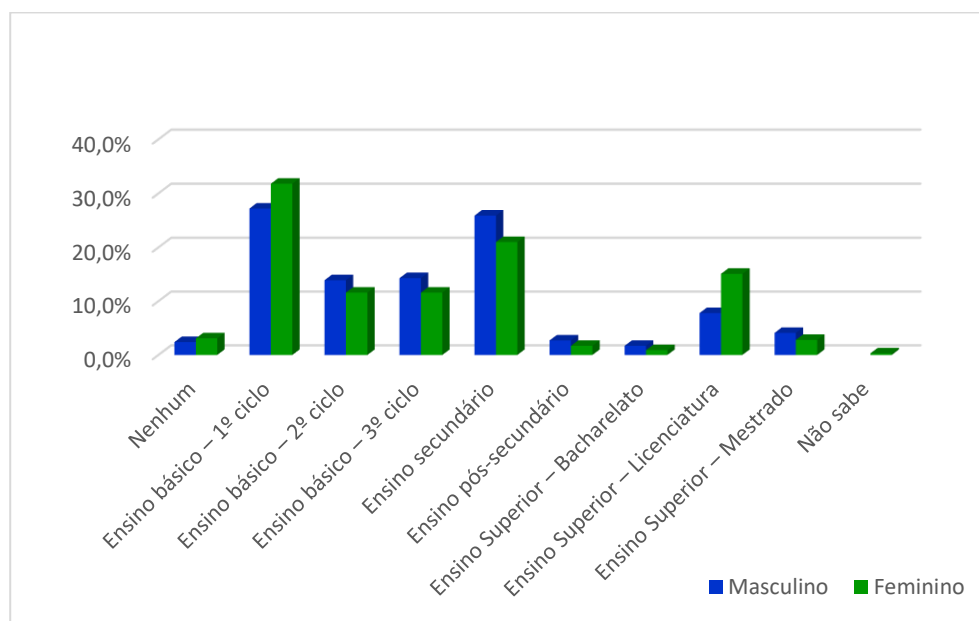


Em ambos os sexos predominam as pessoas de nacionalidade portuguesa (masculino 95,8%; feminino 98,0%).

Relativamente à escolaridade o 1º ciclo do ensino básico é o mais frequente nos dois sexos. No sexo masculino, 27,2% tem como nível mais elevado de escolaridade o 1º ciclo do ensino básico, 25,9% o ensino secundário, 13,6% o ensino superior e 2,4% não tem nenhum nível de escolaridade. No sexo feminino, 31,8% concluíram o 1º ciclo do ensino básico, 21,0% o ensino secundário, 18,8% o ensino superior e 3,1% não tem nenhum nível de escolaridade (gráfico 2).

Comparando os sexos há maior proporção de mulheres com ensino superior, com o 1º ciclo do ensino básico e sem escolaridade, enquanto nos homens a proporção é superior nos que têm o 2º e 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário.

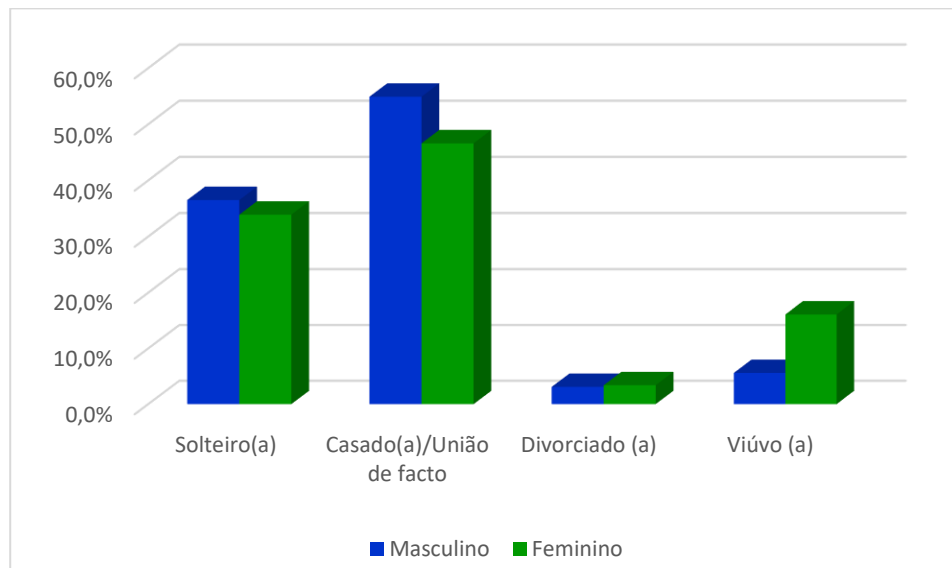
Gráfico 2 - Distribuição conforme o nível de escolaridade



No que se refere ao estado civil, no sexo masculino predominam os casados/união de facto (54,9%), seguido dos solteiros (36,5%) e dos viúvos (5,6%). No sexo feminino o comportamento é idêntico, com 46,6%, 33,9% e 16,1%, respetivamente (gráfico 3).

Constata-se maior proporção de mulheres viúvas, sobretudo em grupos etários das pessoas mais velhas.

Gráfico 3 - Distribuição conforme o estado civil



Quanto à ocupação, nos dois sexos, a maioria exerce uma profissão (masculino 52,8%; feminino 40,9%). Dos que não tem ocupação predominam os reformados (masculino 85,9%; feminino 90,5%).

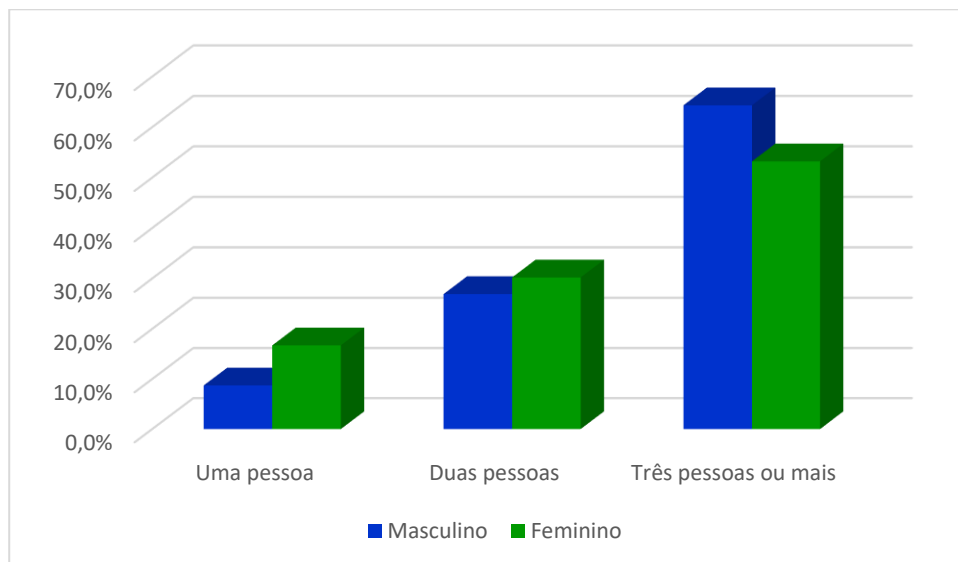
Relativamente aos que exercem uma profissão, no sexo masculino, 39,9% são “trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices”, seguido de 13,1% que são “trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores”, de 11,7% que são “especialistas das atividades intelectuais e científicas” e a mesma percentagem são “técnicos e profissões de nível intermédio”. No sexo feminino predominam as “especialistas das atividades intelectuais e científicas” (22,6%), seguido das “trabalhadoras dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores” (17,8%), das “agricultores e trabalhadoras qualificadas da agricultura, da pesca e da floresta” (16,3%), havendo 13,5% que são do grupo das “técnicas e profissões de nível intermédio” e com igual percentagem “trabalhadoras qualificados da indústria, construção e artífices”.

Trata-se de uma população que, maioritariamente, tem ocupação ou exerce uma profissão, e da que não tem profissão, a maioria são reformados. Comparativamente com os homens, há mais mulheres que referem ocupar-se de tarefas domésticas, o que poderá estar relacionado com os scripts de género.

As profissões que exercem poderão estar relacionadas com o nível de escolaridade, com mais mulheres a exercerem profissões no grupo de “especialistas das atividades intelectuais e científicas” e mais homens no grupo “trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices”.

No que se refere aos agregados familiares (gráfico 4) predominam os com 3 pessoas ou mais (masculino 64,3%; feminino 53,2%). Relativamente a agregados unifamiliares, no sexo feminino representam 16,7% e no masculino 8,7%. O maior predomínio de mulheres em agregados unifamiliares poderá estar relacionado com o estado civil, com mais mulheres viúvas.

Gráfico 4 - Distribuição conforme a dimensão do agregado familiar



3 - DETERMINANTES DE SAÚDE RELACIONADOS COM ESTILOS DE VIDA

Maria Cândida Cracel Viana

Luís Carlos Carvalho da Graça

No presente capítulo procede-se à descrição de determinantes de saúde relacionados com estilos de vida, que podem influenciar a saúde, e que são suscetíveis de ser modificados.

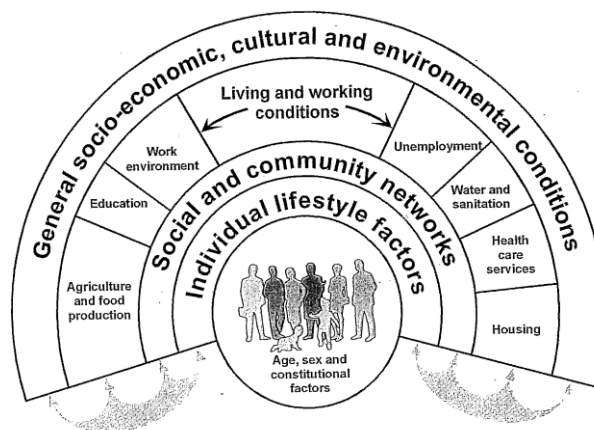
A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, o que marca a rotura com a dicotomia saúde/doença e realça uma conceção global e positiva da saúde.

O conceito de saúde encontra-se intimamente relacionado com o conceito de promoção de saúde, sendo definida como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem (World Health Organization (WHO), 1986). Neste sentido, a saúde constitui-se como um recurso para a vida e os recursos pessoais e sociais instrumentos para a atingir. O propósito da promoção da saúde é a capacitação das pessoas e das comunidades no sentido de aumentarem o controlo sobre a saúde e os seus determinantes.

Por determinantes de saúde entende-se o conjunto de múltiplos fatores (pessoais, sociais, económicos e ambientais), que influenciam a saúde dos indivíduos ou das comunidades (WHO, 1998), atuam em interação e frequentemente são suscetíveis de intervenção e de modificação.

Dos diversos modelos de determinantes, um dos mais utilizados é de Dahlgren e Whitehead (2007) (figura 1).

Figura 1 - Modelo de determinantes de saúde de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren e Whitehead, 2007

Conforme este modelo, os *estilos de vida individuais* são uma responsabilidade individual, e são determinantes no potencial de saúde das pessoas. As intervenções neste domínio visam influenciar os estilos de vida individuais, reconhecendo que as pessoas fazem escolhas, conscientes ou inconscientes, que são capazes de mudar, tendo os profissionais um papel importante ao informar, ajudar, apoiar e orientar na adoção de estilos de vida mais saudáveis. Os estilos de vida são fortemente condicionados por determinantes sociais, pelo contexto e condições de vida e pelas políticas.

Entre os determinantes relacionados com os estilos de vida encontramos o consumo de alimentos e bebidas e a atividade física.

3.1 CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS

A alimentação é o fator que mais contribui para a saúde das populações, verificando-se que em Portugal, os hábitos alimentares inadequados constituem a principal causa de risco de perda de anos de vida saudável, seguido da hipertensão e do índice de massa corporal (IMC) elevado (Portugal, 2019). Constata-se que os hábitos alimentares são responsáveis pela elevada prevalência de doenças crónicas como a obesidade, as doenças cardiovasculares e a diabetes *Mellitus* tipo 2, e estão diretamente relacionados com elevadas taxas de mortalidade, constituindo uma preocupação de saúde pública.

Do mesmo modo, o consumo excessivo de café e de bebidas alcoólicas afeta o ser humano a vários níveis. O primeiro pode manifestar-se por taquicardia, palpitações, ansiedade, tremores, cefaleias e náuseas (Alves, Casal e Oliveira, 2009), enquanto que o consumo excessivo de álcool inibe a capacidade de tomada de decisão consciente e potencia a aquisição de comportamentos impulsivos e agressivos, entre outros. É ainda um fator que contribui para o aparecimento de diversas doenças do foro neuropsiquiátrico, gastrointestinal, cardiovascular e oncológico (Portugal, 2016).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (Portugal, 2014), o consumo de álcool deve ser evitado. No entanto, quando consumido o máximo diário não deve exceder, nos homens entre os 18 e os 64 anos duas bebidas padrão (20gr de álcool puro) e após os 65 anos deve ser reduzido para uma bebida padrão (10gr). Nas mulheres não deve exceder uma bebida padrão.

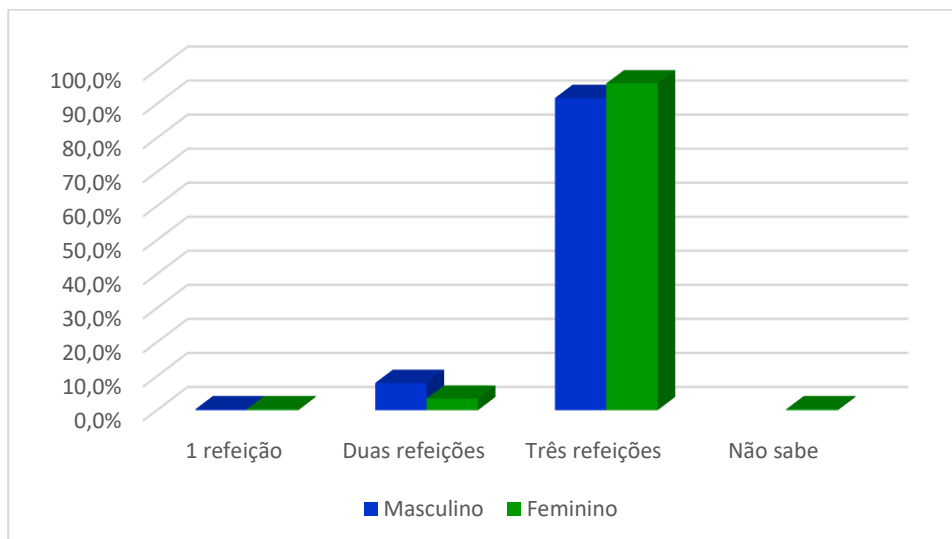
Nas crianças, adolescentes, jovens, grávidas e pessoas com patologias ou medicação que justifique a abstinência, o consumo de álcool está contraindicado.

RESULTADOS

Os resultados relativos à alimentação reportam-se ao dia anterior à colheita de dados. A maioria dos inquiridos fez as três refeições principais, apresentando as mulheres valores superiores (96,0%) aos homens (91,7%). Contudo, todos os homens com idade igual ou inferior a 14 anos, fizeram as três principais refeições o que só se verificou nas mulheres com idade igual ou inferior a 9 anos.

Referiram ter feito duas refeições principais, 8,0% dos homens e 3,4% das mulheres. Há ainda 0,3% de homens e mulheres, ambos na faixa etária dos 45-49 anos, que só fizeram uma refeição principal. Houve ainda, 0,3% das mulheres na faixa etária dos 40-44 anos que não souberam especificar o número de refeições principais realizadas (gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição conforme o número de refeições principais

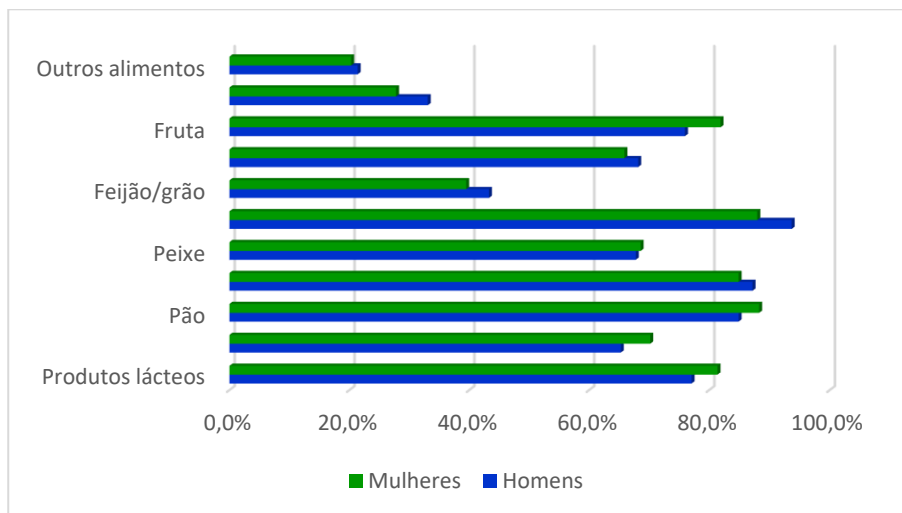


Quanto aos alimentos consumidos nas 3 principais refeições, no dia anterior à realização do inquérito, verifica-se que a maior parte dos inquiridos consumiu batatas, arroz ou massa (93,7% dos homens e 88% das mulheres), carne (87,2% dos homens e 84,9% das mulheres), pão (84,9% dos homens e 88,3% das mulheres), produtos lácteos (77,1% dos homens e 81,4% das mulheres), fruta (76% dos homens e 81,9% das mulheres), sopa (65,3% dos homens e 70,2% das mulheres), peixe (67,8% dos homens e 68,6% das mulheres) e salada e legumes cozidos (68,2% dos homens e 65,9% das mulheres). O feijão e o grão foram consumidos por menos de metade da população, com 43,3% dos homens e 39,5% das mulheres, sendo os doces, bolos e chocolates mencionados como os menos consumidos (33,1% dos homens e 27,8% das mulheres). Houve ainda, a referência ao consumo de outros alimentos não especificados por 21,4% dos homens e 20,3% das mulheres (gráfico 6).

Constata-se que há mais mulheres a consumirem produtos lácteos, sopa, pão, e fruta, enquanto os homens fazem mais referência ao consumo de carne, batatas/arroz/massa, feijão/grão, saladas e legumes cozidos e doces, bolos e chocolates.

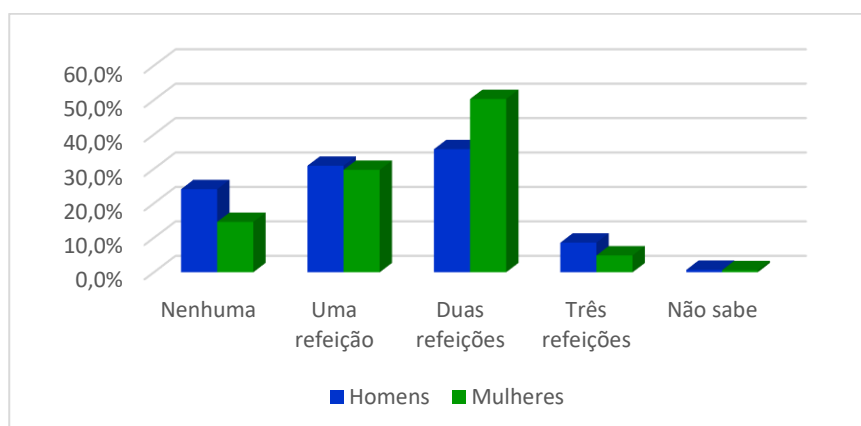
A proteína mais consumida foi a da carne.

Gráfico 6 - Distribuição conforme os alimentos consumidos nas refeições principais



No que se refere a refeições intercalares, 24,1% dos homens e 14,6% das mulheres não comeram fora das refeições principais. A maior parte das mulheres (50,3%) fizeram duas destas refeições, enquanto que só 35,7% dos homens referiram fazê-las. Dos que referiram ter feito uma refeição, 30,9% são homens e 29,7% são mulheres. Disseram ter feito três refeições, para além das refeições principais, 8,6% dos homens e 4,9% das mulheres (gráfico 7).

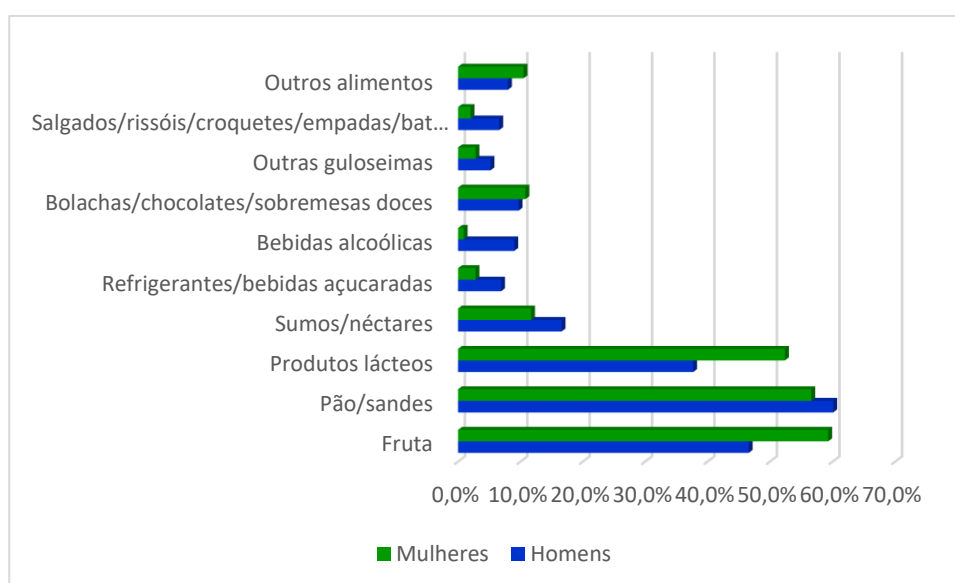
Gráfico 7 - Distribuição conforme o número de refeições intercalares



Relativamente aos alimentos consumidos nas refeições intercalares, o pão/sandes foi o mais consumido (60,1% dos homens e 55,6% mulheres), seguindo-se a fruta (46,6% dos homens e 59,3% das mulheres) e os produtos lácteos (37,7% dos homens e 52,4% das mulheres). Com menores percentagens encontramos o consumo de sumos ou néctares (16,6% dos homens e 11,7% das mulheres); bolachas, chocolates ou sobremesas doces (9,7% dos homens e 10,8% das mulheres); refrigerantes ou bebidas açucaradas (6,9% dos homens e 2,8% das mulheres); salgados, rissóis, croquetes, empadas ou batatas frias (6,6% dos homens e 2% das mulheres) e outras guloseimas (5,2% dos homens e 2,8% das mulheres). Há ainda referência, por 9% dos homens e 0,9% das mulheres, ao consumo de álcool (gráfico 8).

Nas refeições intercalares observa-se maior consumo pelas mulheres de produtos lácteos, fruta, e outros alimentos, enquanto nos homens o maior consumo é o pão/sandes; alimentos salgados/fritos; bebidas alcoólicas, refrigerantes e sumos.

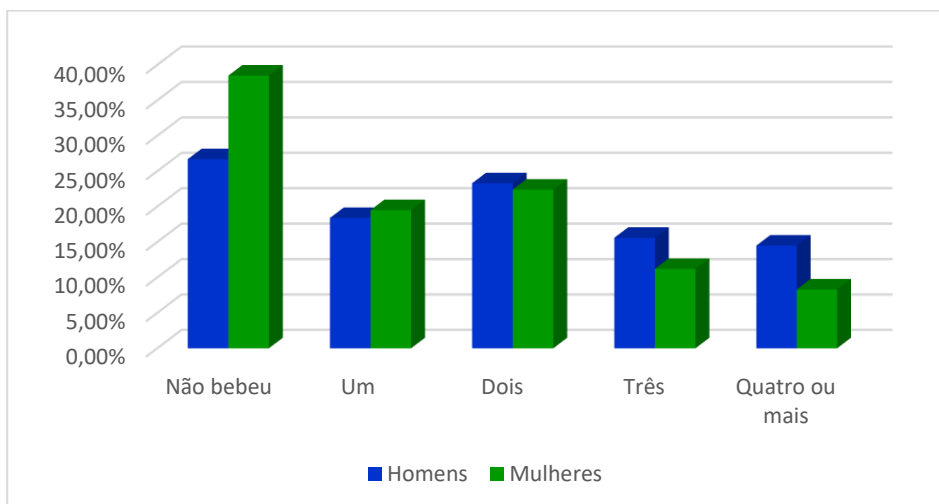
Gráfico 8 - Distribuição conforme os alimentos consumidos nas refeições intercalares



A maioria de homens e mulheres refere beber diariamente café (71,8% e 61,4%, respetivamente). O número diário de cafés mais consumido por homens e mulheres é dois (23,3% e 22,4%, respetivamente) e um café (18,4% e 19,5%, respetivamente). Há mais homens a beber três e quatro ou mais cafés (15,6% e 16,5%) que mulheres (11,2% e 8,3%). Dos que referem não consumir café 38,5% são mulheres e 26,8% são homens (gráfico 9).

Nos homens até aos 14 anos, não há referência ao consumo de café, sendo que nas mulheres o café não é consumido antes dos 9 anos. Nas pessoas com mais de 75 anos, há mais mulheres que homens que referem não beber café.

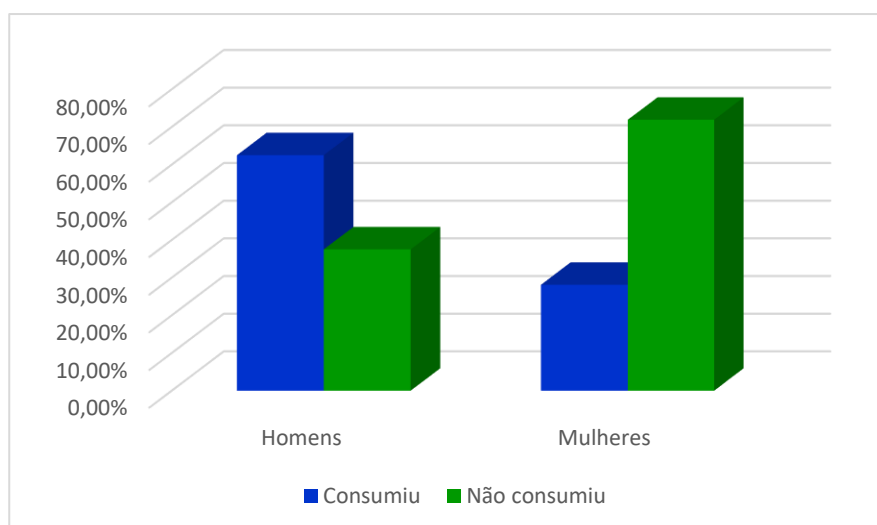
Gráfico 9 - Distribuição conforme o número de cafés



O consumo de álcool é influenciado culturalmente. A região onde decorreu o estudo integra a região demarcada do vinho verde, sendo reconhecida como uma das regiões mais importantes na produção de vinho Alvarinho.

Relativamente às bebidas alcoólicas consumidas na semana anterior à colheita de dados, observa-se que 71,9% das mulheres e 37,5% dos homens referiram não ter consumido (gráfico 10).

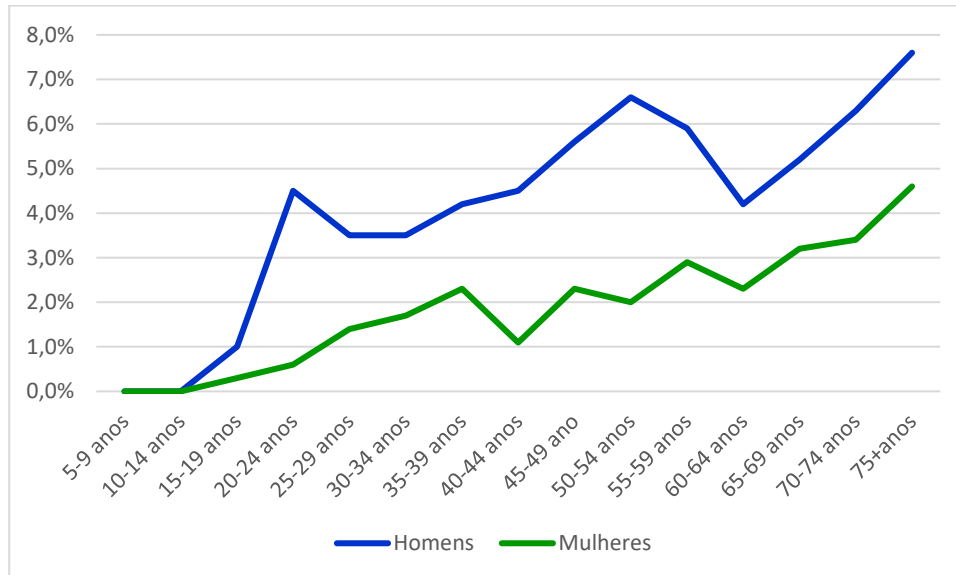
Gráfico 10 - Distribuição conforme o consumo de bebidas alcoólicas



Quando consideramos as pessoas que referiram ter consumido bebidas alcoólicas na semana anterior à colheita de dados, observamos que até aos 14 anos não há referência ao

consumo. Relativamente aos homens observam-se percentagem substancialmente superior à das mulheres em todos os grupos etários, sendo maiores as diferenças nos adultos (gráfico 11).

Gráfico 11 - Distribuição conforme ter consumido bebidas alcoólicas, por grupo etário



Dos que consumiram, os homens tiveram um consumo mínimo diário de 1,35 gr e um consumo máximo de 207,48 gr, sendo que metade dos homens bebeu até 34,94 gr diariamente. A média foi de $42,34 \pm 34,36$ gr. As mulheres consumiram por dia, em média 23,09 gr $\pm 18,09$ gr, com valores que se situaram entre 1,35 gr e 97,06 gr. Metade das mulheres consumiu até 23,7 gr.

Observa-se que os homens têm um consumo médio diário de gramas de álcool superior às mulheres.

Relativamente às bebidas consumidas em menor número de dias são, respetivamente, o whisky/vodka, o vinho do Porto/licores e o bagaço/brandy. O vinho é a bebida mais consumida seguido da cerveja. Em todos os tipos de bebidas, há maior proporção de homens a referir ter consumido que mulheres.

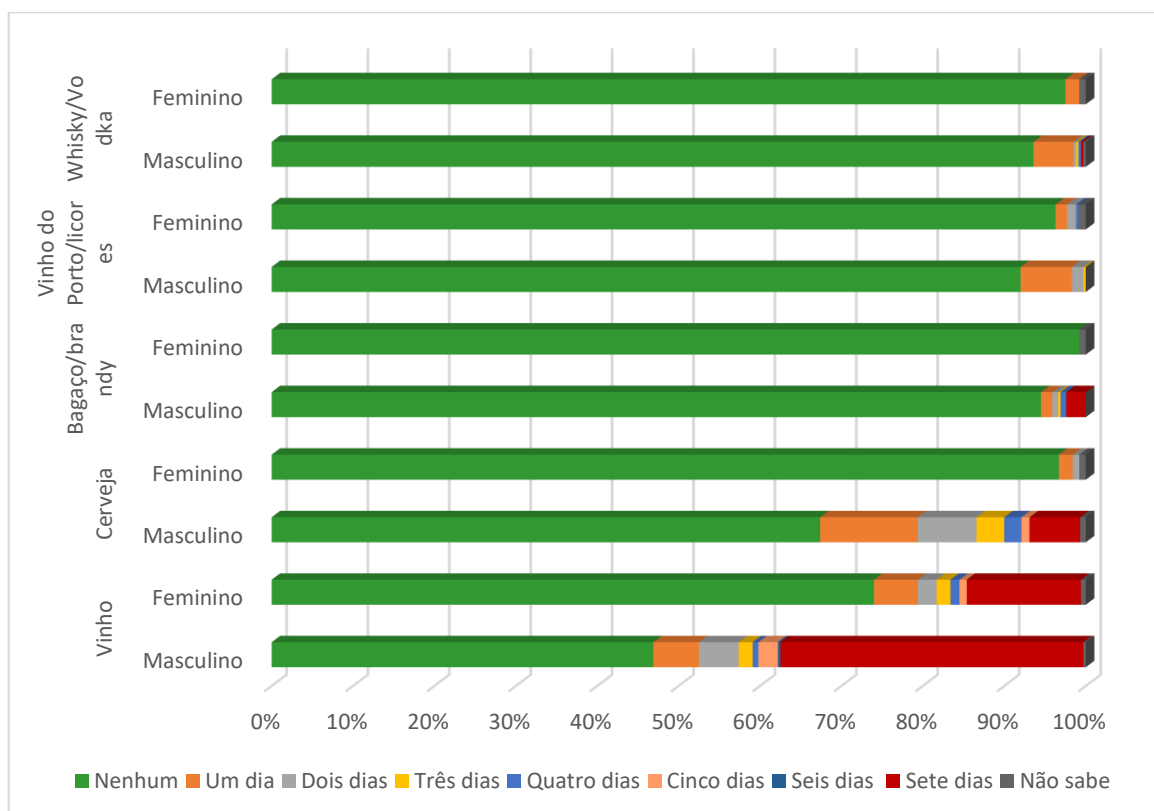
No que se refere ao vinho, 37,2% dos homens referem ter consumido todos os dias da semana em oposição a 14% das mulheres.

Na cerveja, há maior proporção de consumo nos homens, com 12,5% a referirem um consumo de um dia por semana, seguido de um consumo de dois dias (7,2%) e de sete dias (6,2%). Nas mulheres, os consumos são residuais, com 1,7% a referirem terem consumido um dia e 0,8% dois dias.

Relativamente às bebidas destiladas, o bagaço é, essencialmente, consumido por homens, havendo 2,4% que referem um consumo diário.

Quanto ao vinho do Porto/licores e whisky/vodka, o consumo também é mais frequente nos homens, com, respetivamente, 6,3% e 4,9% a referirem consumir um dia por semana, enquanto que 1,4% e 1,7% das mulheres referem o seu consumo em um dia por semana (gráfico 12).

Gráfico 12 - Distribuição do consumo do tipo bebidas alcoólicas por número de dias



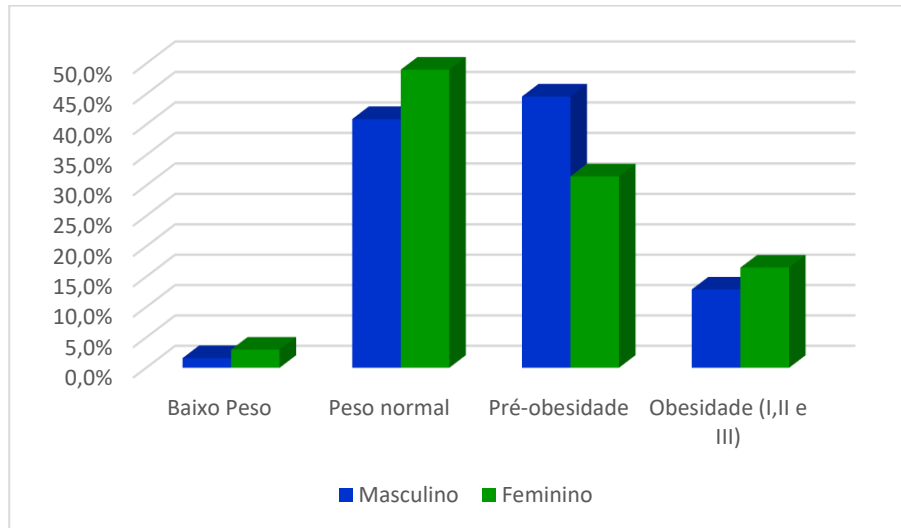
Em síntese, o vinho é a bebida mais consumida, podendo estar relacionada com a produção e acessibilidade, sendo consumida por ambos os sexos. O consumo da cerveja poderá ser mais frequente em atividade sociais, estando mais presente no sexo masculino, o que também é observado no consumo das bebidas destiladas.

No que concerne ao IMC são apresentados os dados relativos aos jovens e adultos (dos 18 aos 64 anos) e idosos (idade ≥65 anos). No cálculo do IMC tivemos em consideração as orientações preconizadas pela DGS (Portugal, 2013) e pela Leading Nutrition (sd).

No que se refere aos jovens e adultos, a maioria das mulheres (49%) apresenta um peso normal, enquanto nos homens corresponde a 40,9%. A pré-obesidade nos homens corresponde a 44,6%, sendo uma percentagem superior aos que apresentam peso normal, e as mulheres correspondem a 31,5%. A obesidade está presente em 16,5% das mulheres e 12,9% dos homens.

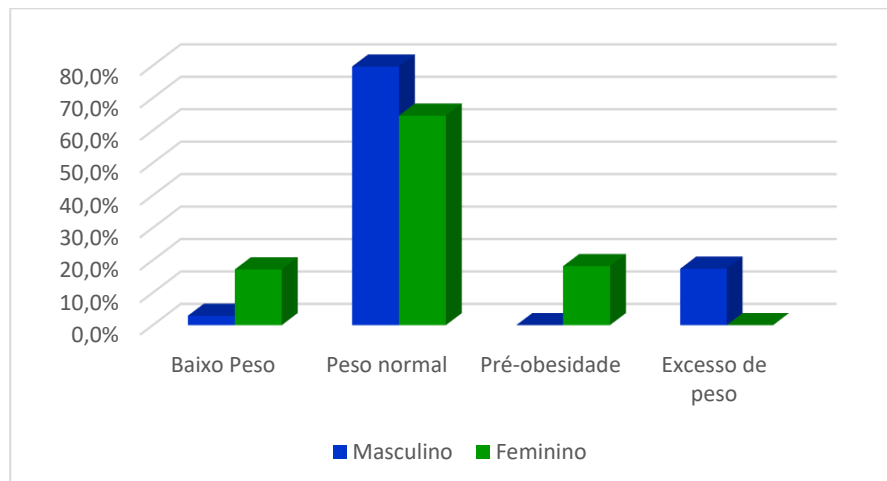
As situações de baixo peso são residuais, correspondendo a 1,6% nos homens e 3% nas mulheres (gráfico 13).

Gráfico 13 - Distribuição dos jovens e adultos, por sexo, conforme o IMC



Nos idosos, o peso normal é o mais frequente (79,7% nos homens e 64,6% nas mulheres). Há maior proporção de mulheres com baixo peso que homens (17,2% versus 2,9%). Observa-se ainda que, 18,2% das mulheres apresentam pré-obesidade e 17,4% dos homens, excesso de peso (gráfico 14).

Gráfico 14 - Distribuição dos idosos conforme o IMC



Em síntese, a presença de pré-obesidade e obesidade tem elevada prevalência nos adultos, com mais mulheres obesas e mais homens pré-obesos, sendo as situações de baixo peso residuais.

Entre os idosos predominam as pessoas com peso normal, no entanto a proporção de mulheres com baixo peso é elevada.

3.2 - ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física é um determinante de saúde modificável com grandes repercussões na saúde, competindo aos profissionais de saúde, do desporto e da educação, entre outros, promover a sua prática.

Para Caspersen, Powell e Christenson (1985) a atividade física refere-se a qualquer movimento corporal dos músculos esqueléticos que origina aumento dos gastos de energia em relação aos gastos em repouso. Esta varia de formas menos estruturadas, relacionadas com atividades de vida diária, a mais estruturadas, que se reportam a atividades organizadas especificamente com o objetivo de praticar atividade física.

Ainda que os termos atividade física e desporto sejam frequentemente utilizados de forma indistinta, não são sinónimos. A atividade física é um conceito amplo onde se incluem as atividades relacionadas com o trabalho, o transporte ativo, as tarefas domésticas e as atividades recreativas (WHO, 2010), enquanto o desporto é uma atividade regulamentada, que tem por finalidade alcançar o melhor resultado em competição (Marques, Ribeiro e Venda, 2005).

Considerando os seus benefícios, a WHO (2010) recomenda que as crianças e jovens (5 a 17 anos), pratiquem diariamente 60 minutos de atividade física de intensidade moderada (provoca uma respiração acelerada, mas ainda permite manter uma conversa) a vigorosa (provoca uma respiração muito acelerada, sendo difícil manter uma conversa), repartidos em várias sessões ao longo do dia (com duração mínima de 10 minutos), pelo menos três vezes por semana.

Por semana, os adultos devem fazer 150 minutos de atividade aeróbica moderada, ou 75 minutos de atividade aeróbica vigorosa, ou uma combinação de atividade física moderada e vigorosa.

Também os idosos, devem praticar atividade física aeróbica moderada, num mínimo de 150 minutos por semana, ou pelo menos 75 minutos de atividade aeróbica vigorosa, ou a combinação destas atividades. Recomenda ainda, que a pratiquem durante três ou mais dias por semana, de modo a melhorar o seu equilíbrio e prevenir quedas.

Para além das recomendações, torna-se importante a existência de estruturas e condições que facilitem a atividade física.

A adesão à atividade física foi avaliada através do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), na sua versão curta. Este questionário inclui 11 questões relativas a Atividade

Física Vigorosa (onde se inclui atividade como levantar cargas pesadas, cavar a terra, fazer ginástica aeróbica, correr, nadar, jogar futebol ou andar de bicicleta rapidamente); Atividade Física Moderada (que pode incluir transportar cargas leves, andar de bicicleta devagar, esfregar a casa, aspirar, cuidar do jardim, caçar. Não inclui o nadar); Andar (que inclui andar no trabalho e em casa, deslocar-se de um lugar para o outro e ainda o ato de caminhar somente por recreação, desporto, exercício ou lazer); e tempo gasto sentado; o número de dias de prática de cada uma das atividades e a duração média diária da atividade.

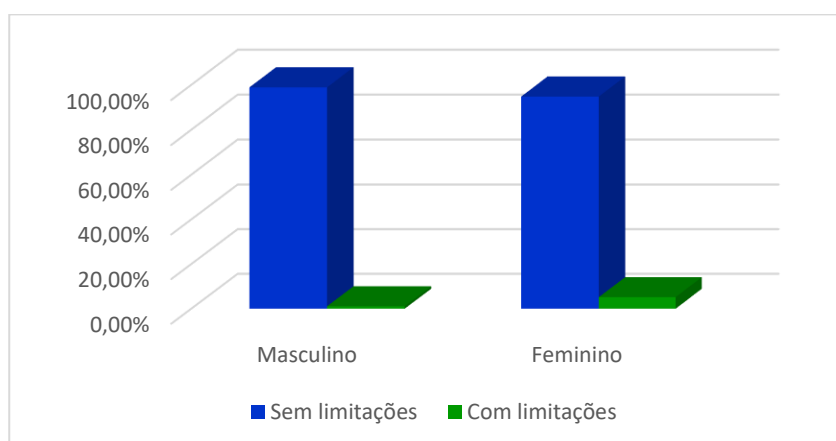
Com os valores reportados pelos entrevistados pode-se calcular os Equivalentes Metabólicos e classificar em Nível Baixo de atividade física, Nível Moderado de atividade física e Nível Elevado de atividade física.

O instrumento é adequado para avaliar o nível de atividade física das pessoas entre os 15 e os 69 anos, no entanto, apresentam-se também os dados relativos às pessoas mais velhas. É condição para responder ao questionário ter 15 anos ou mais e não ter incapacidade que limite a atividade física.

RESULTADOS

Dos inquiridos, 5,2% no sexo feminino e 1,1% no sexo masculino, tinham limitações, sendo essencialmente, pessoas com mais de 60 anos nas mulheres e mais de 70 nos homens, ficando a amostra constituída por 309 mulheres e 262 homens (gráfico 15).

Gráfico 15 - Distribuição conforme limitações para a atividade física



Relativamente ao número de dias de Atividade Física Vigorosa, predominam os que não fizeram nenhum dia, quer no sexo masculino (53,8%), quer no sexo feminino (56,1%). Nos homens há 11,4% que refere fazer atividades físicas vigorosas todos os dias da semana, seguido de 9,8%

que refere 3 dias e 8,0% que refere 2 dias. Nas mulheres o mais frequente é dois dias (11,9%), seguido de cinco dias (7,1%).

No que se refere ao número de dias de Atividade Física Moderada, 31,9% dos homens e 23,2% das mulheres referem que não fizeram nenhum dia. Nos homens há 19,2% que referem fazer Atividade Física Moderada todos os dias da semana, seguido de 12,3% que referem 5 dias e 9,6% que referem 3 dias, havendo ainda, 7,3% que referem 1 e 2 dias, cada um. Nas mulheres 28,3% referem fazer este tipo de atividades todos os dias da semana, seguido de 12,2% que referem dois dias e 8,7% um dia.

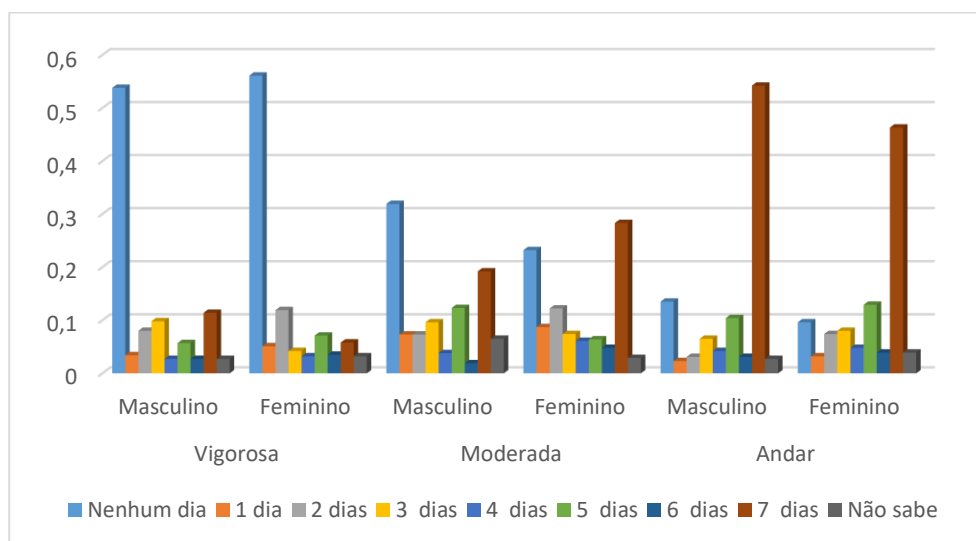
A atividade reportada com maior número de dias é Andar pelo menos, 10 minutos. Assim, 54,2% dos homens referem andar todos os dias da semana, seguindo-se 10,4% que referem cinco dias e 6,5% que referem três dias. Relativamente às mulheres, 46,3% andam todos dias, as que referem cinco dias são 12,9% e três dias são 8% (gráfico 16).

À exceção da Atividade Física Vigorosa praticada seis ou sete dias por semana, que não se observa nas mulheres com menos de 34 anos, os restantes tipos de atividades são mais distribuídos por todos os grupos etários e dias de semana, o que pode estar relacionado com a atividade laboral.

No global observa-se maior proporção de pessoas com maior número de dias a andar, seguido da Atividade Física Moderada e por fim Atividade Física Vigorosa.

Esta distribuição pode estar relacionada com a atividade profissional dos inquiridos, em que há mais homens com profissões que exigem esforço físico e mais mulheres com profissões mais propícias ao sedentarismo. É de salientar que, tratando-se de uma região ainda com bastante atividade agrícola, poderá haver alguma influência desta no tipo de atividade física.

Gráfico 16 - Distribuição do número de dias de atividade, conforme o tipo

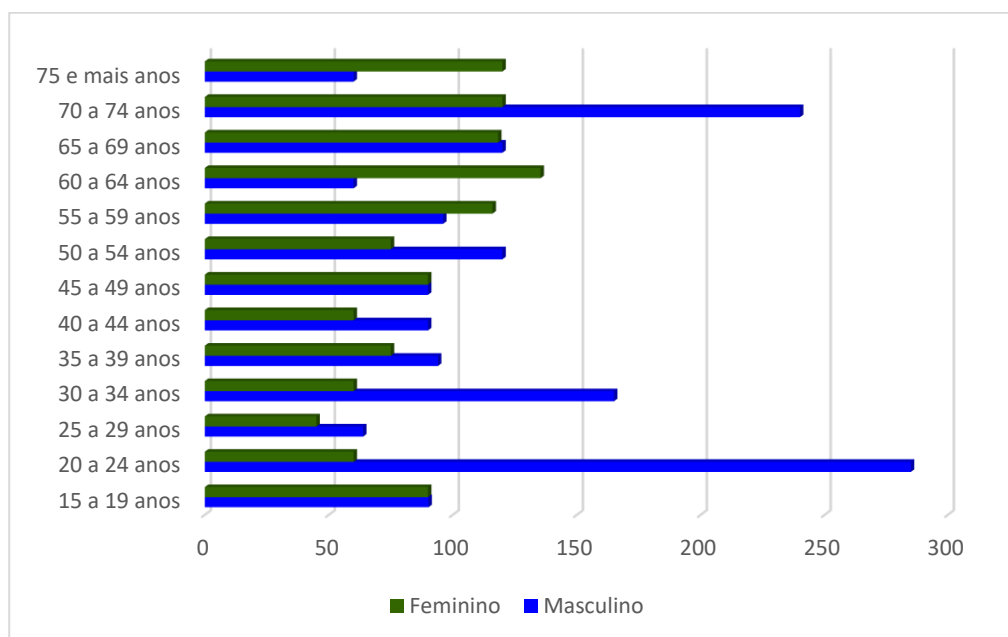


No que se refere ao número de minutos diários gasto em cada uma das atividades, foram considerados os valores relativos às pessoas que reportaram a realização dessa atividade física. Assim, no sexo masculino o tempo de Atividade Física Vigorosa variou entre 15 e 600 minutos, com uma média de $159,55 \pm 139,83$ minutos e mediana de 120 minutos. No sexo feminino, variou entre 10 e 720 minutos, com uma média de $115,5 \pm 112,69$ minutos e mediana de 90 minutos.

Devido à elevada variabilidade relativa do número de minutos de Atividade Física Vigorosa diária, para a descrição de acordo com o grupo etário, utilizamos a mediana. Assim, no sexo masculino, é no grupo etário dos 20-24 anos que se observa a mediana mais elevada, com 285 minutos, seguido do grupo dos 70-74 anos (240 minutos). A mediana mais baixa observa-se no grupo dos 60-64 anos e 75 anos e mais, com 60 minutos, seguidos do grupo dos 25-29 anos (63,8 minutos). Os restantes apresentam valores intermédios. No sexo feminino, a mediana mais elevada observa-se no grupo etário dos 60-64 anos, com 135,4 minutos, seguido dos grupos etários das pessoas com 70 ou mais, com 120 minutos, apresentando valores próximos os grupos etários dos 65-69 anos (118,25 minutos) e dos 55-59 anos (116,02 minutos). Todos os restantes grupos etários apresentam valores iguais ou inferiores a 90 minutos, sendo a mediana mais baixa de 45 minutos, no grupo etário dos 25-29 anos.

No geral, a mediana é superior em todos os grupos etários nos homens, à exceção dos 55-64 anos que é superior nas mulheres. As maiores diferenças entre homens e mulheres observam-se nos grupos dos 20-24 anos, 30-34 anos e 70-74 anos, o que poderá estar relacionado com a atividade profissional (gráfico 17).

Gráfico 17 - Distribuição da mediana de minutos de atividade física vigorosa



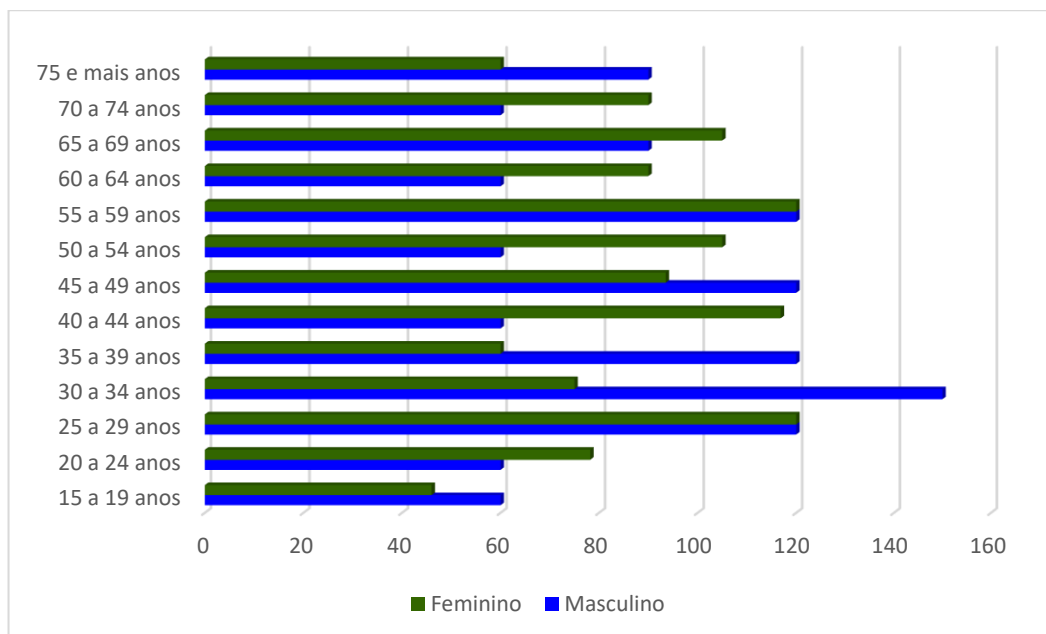
No que se refere à Atividade Física Moderada diária, no sexo masculino o número de minutos variou entre 10 e 540 minutos, com média de $142,22 \pm 142,14$ minutos e mediana de 60 minutos. No sexo feminino a variação foi entre 10 e 900 minutos, com média de $122 \pm 118,46$ minutos e mediana de 90 minutos.

Relativamente à mediana por grupo etário, no sexo masculino é no grupo dos 30-34 anos que se observa a mediana mais elevada, com 150 minutos, seguido dos grupos dos 25-29 anos, 35-39 anos, 45-49 anos e 55-59 anos, com 120 minutos. Todos os restantes grupos etários apresentam mediana igual ou inferior a 90 minutos, sendo o valor mais baixo de 60 minutos, em seis dos grupos etários.

Quanto ao sexo feminino, a mediana mais elevada observa-se no grupo etário dos 55-59 anos, com 120 minutos, seguido do grupo etário dos 40-44 anos (116,85 minutos) e dos 50-54 anos (105 minutos). Todos os restantes grupos apresentam uma mediana inferior a 100 minutos, sendo o valor mais baixo de 46 minutos, no grupo etário dos 15-19 anos.

Na comparação entre homens e mulheres no grupo etário dos 30-34 anos e 35-39 anos, a mediana nos homens é o dobro da observada nas mulheres. Estas apresentam valores superiores aos dos homens nos grupos dos 20-24 anos, 50-54 anos e 65-74 anos (gráfico 18).

Gráfico 18 - Distribuição da mediana de minutos de atividade física moderada

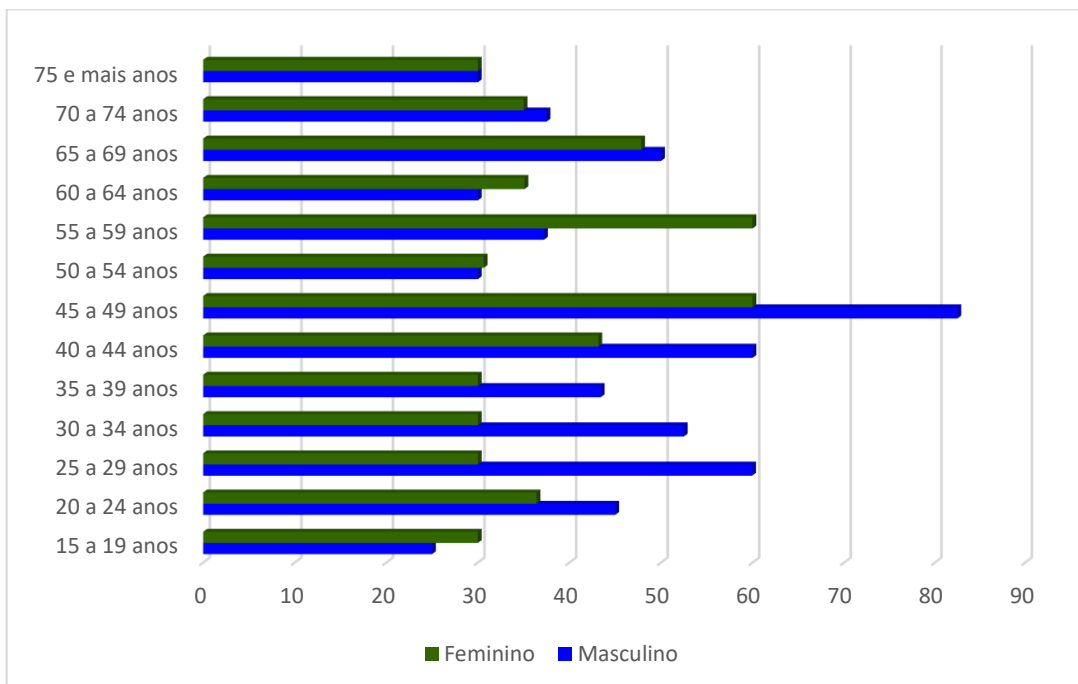


Quanto a Andar pelo menos 10 minutos, no sexo masculino variou entre 10 e 720 minutos, com média de $95,13 \pm 146,65$ minutos e mediana de 30 minutos. No sexo feminino a variação foi entre 10 e 900 minutos, com média de $72,13 \pm 103,13$ minutos e mediana de 30 minutos.

Quando consideramos a mediana por grupo etário, no sexo masculino é no grupo etário dos 45-49 anos que se observa a mediana mais elevada, com 82,5 minutos, seguido do grupo dos 25-29 anos e 40-44 anos, com cerca de 60 minutos. A mediana mais baixa observa-se no grupo dos 15 a 19 anos (25 minutos), seguido dos grupos dos 50-54 anos, 60-64 anos e 75 e mais anos, com 30 minutos. No sexo feminino, a mediana mais elevada observa-se nos grupos etários dos 45-49 anos e 55-59 anos, com 60 minutos, e a mediana mais baixa é de 30 minutos, nas mulheres com 15-19 anos, nas com 25-39 anos e nas com 75 anos ou mais.

Na comparação entre os sexos, de uma forma geral a mediana nos homens é superior à das mulheres, à exceção dos grupos de 15-19 anos, 55-59 anos (sendo neste grupo que se observa a maior diferença) e 60-64 anos (gráfico 19).

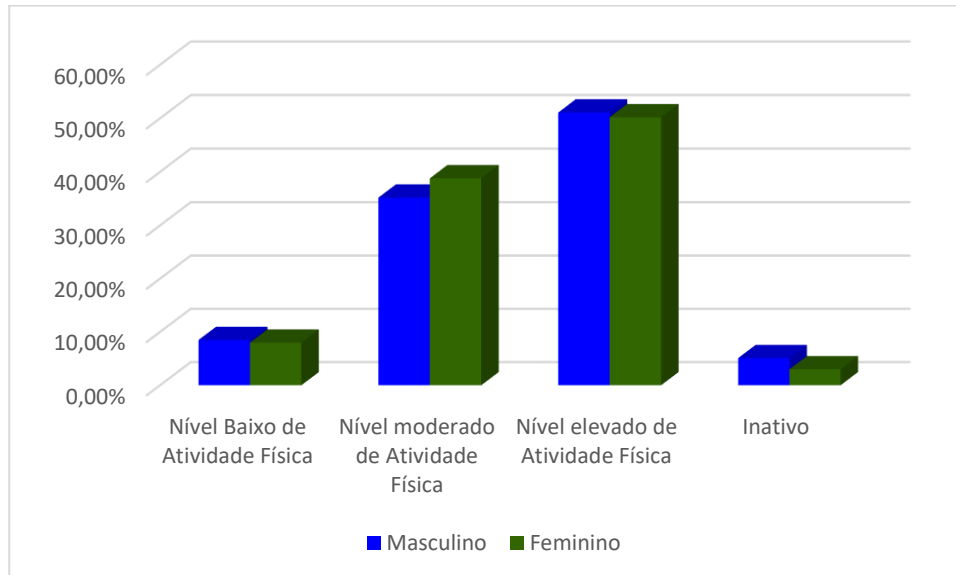
Gráfico 19 - Distribuição da mediana de minutos a andar pelo menos 10 minutos



Para os grupos etários dos 15-64 anos estratificou-se a atividade física por níveis, considerando os Equivalentes Metabólicos (MET - Metabolic Equivalent for Task), que foram calculados considerando todos os tipos de atividade física. Quer nos homens, quer nas mulheres predomina o nível elevado (51,1% e 50,2%, respetivamente), seguido do nível moderado

(masculino 35,2%; feminino 38,8%). O grupo dos inativos representa 5,1% no sexo masculino e 3,0% no sexo feminino (gráfico 20).

Gráfico 20 - Distribuição conforme o nível de atividade física



No geral estamos perante uma amostra com elevada atividade física, que poderá estar relacionada com a atividade profissional. A Atividade Física Vigorosa está mais presente nos homens, quer com o número de dias, quer com o número de minutos, enquanto o Andar e a Atividade Física Moderada é mais frequente nas mulheres. Em todos os tipos de atividade os homens apresentam uma média de minutos superior. Já quando consideramos a mediana, na atividade física moderada é superior nas mulheres (90 minutos versus 60 minutos).

4 - ESTADO DE SAÚDE

Clara Assis Coelho de Araújo

Luís Carlos Carvalho da Graça

Maria Aurora Gonçalves Pereira

O estado de saúde está relacionado com determinantes de saúde, condições socioeconómicas, longevidade e acessibilidade aos cuidados de saúde.

O contexto demográfico marcado pelo envelhecimento da população tem reflexos no estado da saúde da população, destacando-se o aumento significativo de doenças crónicas, especificamente das doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do sistema respiratório, da diabetes e os problemas de saúde mental (Crisp, 2014). Estas têm um forte impacto na mortalidade e morbilidade e estão muito relacionadas com fatores de risco passíveis de ser modificados e, conseqüentemente, evitados, pelo que é primordial um investimento na prevenção das doenças crónicas que decorrem, frequentemente, dos estilos de vida, de forma a vivermos mais anos com qualidade de vida, sendo necessária a participação dos cidadãos.

Neste capítulo descreve-se a prevalência da doença crónica, ansiedade, depressão e stress, e dependência nas atividades de vida diária

4.1 - DOENÇA CRÓNICA

A doença crónica é aquela que tem longa duração, é permanente, tem progressão lenta, produz incapacidade/deficiências residuais, é causada por alterações patológicas irreversíveis, exige uma formação especial do doente para a reabilitação, ou pode exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (Portugal, 2010).

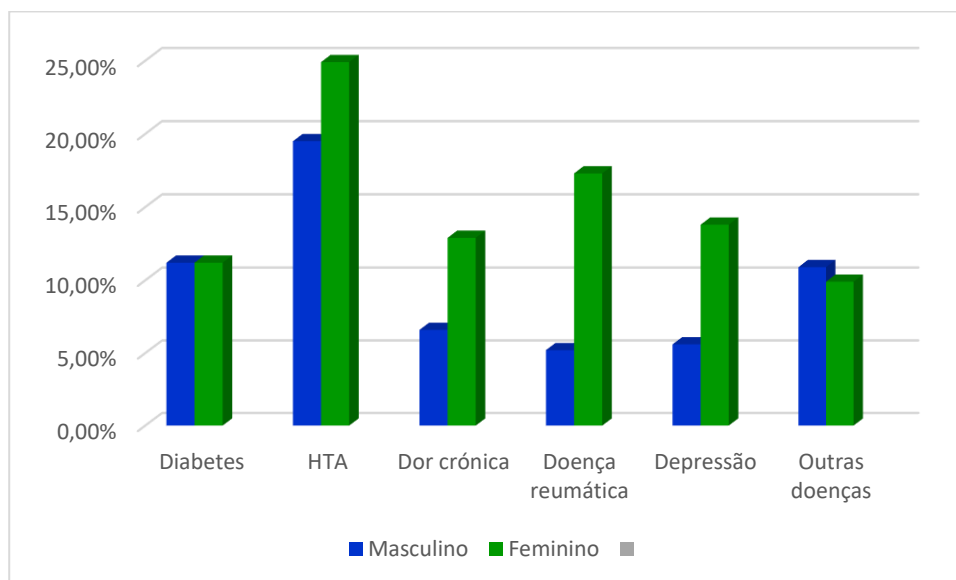
As doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças (Portugal, 2016). Estas doenças são associadas a idosos, mas a verdade é que podem afetar qualquer pessoa independentemente da idade. Daí a importância de intervir precocemente ao nível dos determinantes de saúde modificáveis.

RESULTADOS

Na apresentação dos resultados, consideramos separadamente as doenças com mais prevalência, considerando as que apresentam taxas superiores a 10%, e as restantes. No que se refere às primeiras, a Hipertensão Arterial é a que apresenta maior prevalência, quer nos homens (19,5%) quer nas mulheres (24,9%). A Diabetes tem uma prevalência idêntica em ambos os sexos (11,2%). As mulheres apresentam uma prevalência substancialmente superior à dos homens na Doença Reumática (17,3% versus 5,2%), Depressão (13,8% versus 5,6%) e dor crónica (12,9% versus 6,6%) (gráfico 21).

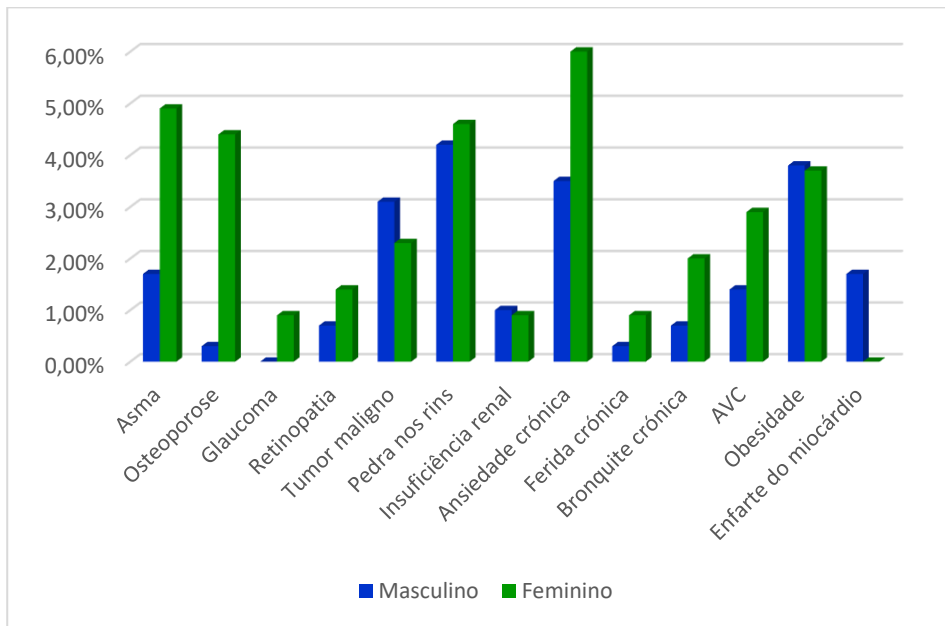
Em síntese, as principais doenças crónicas são mais prevalentes nas mulheres que nos homens.

Gráfico 21 - Distribuição conforme a prevalência das principais doenças crónicas



Nas doenças com prevalência inferior a 10% (gráfico 22), nas mulheres as mais frequentes, comparativamente com os homens, são a Ansiedade Crónica (6%), a Asma (4,9%) e a Osteoporose (4,4%), enquanto nos homens a prevalência é superior nos Tumores Malignos (3,1%) e no Enfarte do Miocárdio (1,7%). Os Cálculos Renais e a Obesidade apresentam uma distribuição idêntica em ambos os sexos, respetivamente com cerca de 4,2% e 3,8%.

Gráfico 22 - Distribuição conforme a prevalência das restantes doenças crónicas



Quando consideramos a distribuição por grupos etários, as doenças crónicas são mais prevalentes, com o avançar da idade. Tendo por base as doenças mais prevalentes, no que se refere à Hipertensão Arterial, nos homens ocorre após os 30 anos, com maior prevalência nos grupos etários dos 60 aos 64 anos, e nos 70 e mais anos, enquanto nas mulheres é após os 60 anos.

Relativamente à Diabetes, se excetuamos nos homens a ocorrência de casos no grupo etário dos 5 aos 9 anos, a maior prevalência ocorre a partir dos 50 anos, observando-se comportamento idêntico nas mulheres, sendo uma doença muito relacionada com estilos de vida, nomeadamente hábitos alimentares.

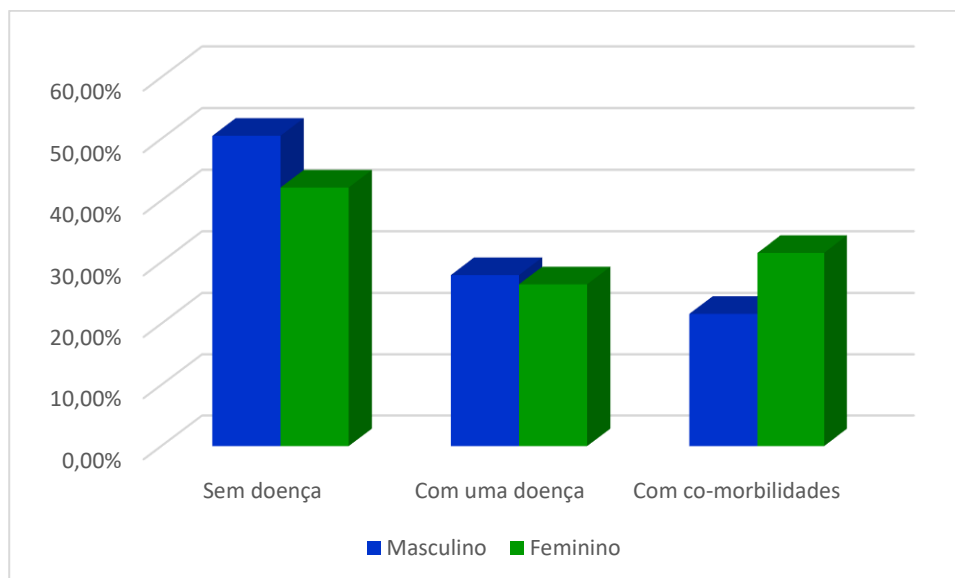
No que se refere à Dor Crónica e à Doença Reumática, sendo mais prevalente nas mulheres, também ocorre em idades mais precoces, ainda que se observe maior prevalência em idades mais avançadas. Assim, enquanto nos homens ocorrem mais frequentemente após os 40 a 44 anos, nas mulheres ocorrem a partir dos 25 a 29 anos.

O caso da Ansiedade Crónica é muito mais frequente nas mulheres, atravessando de uma forma geral todos os grupos etários, sendo mais frequente dos 50 aos 74 anos, o que também ocorre na Depressão sendo que neste caso é reportada em todas as idades a partir dos 25 anos.

Quando analisamos a presença de doença (gráfico 23), constatamos que cerca de metade dos homens (50,5%), refere não ter nenhuma doença, havendo 27,9% que referem ter uma doença e os restantes (21,6%) referem mais que uma doença.

A maioria das mulheres refere ter doença crónica (57,9%), sendo as co-morbilidades mais frequentes (31,5%), o que indicia maior carga de doença nas mulheres.

Gráfico 23 - Distribuição conforme a presença de doença crónica

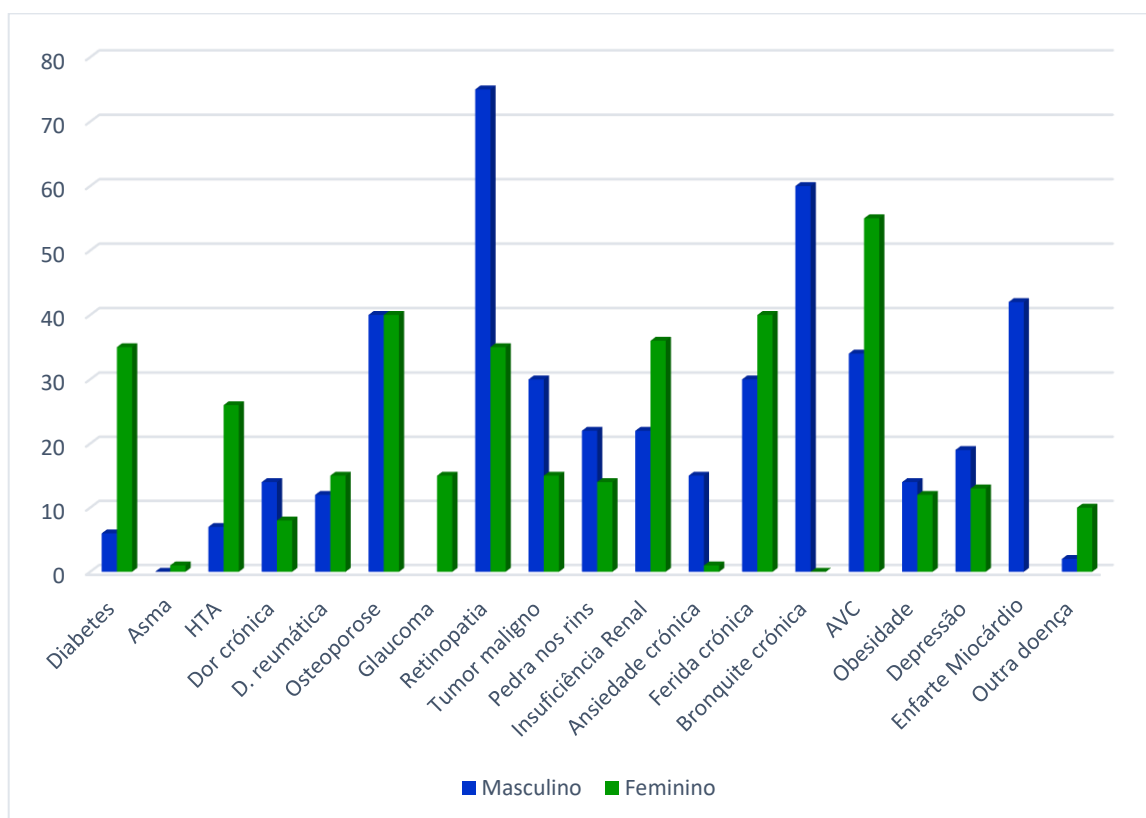


O início da idade da doença é outro indicador a considerar, tendo em consideração que uma doença crónica implica tratamento ao longo do tempo, e quanto mais cedo se iniciar mais complicações pode acarretar, mais custos com o tratamento e mais complicações podem ocorrer com o avançar da idade.

Quando consideramos a idade mínima de início da doença, nas doenças mais frequentes, observa-se que nos homens é mais precoce na Diabetes (6 anos), na Hipertensão Arterial (7 anos) e na Doença Reumática (12 anos), enquanto nas mulheres é mais precoce na Dor Crónica (8 anos), na Ansiedade Crónica (1 ano), ou na Depressão (13 anos). No caso da Osteoporose e da Obesidade as idades mínimas de início da doença são semelhantes nos dois sexos (40 anos e cerca dos 12 anos, respetivamente) (gráfico 24).

Nos homens, as doenças com idades de início mais precoces são a Asma, a Diabetes e a Hipertensão Arterial, nas mulheres são a Asma, a Dor Crónica, a Ansiedade Crónica e a DPOC.

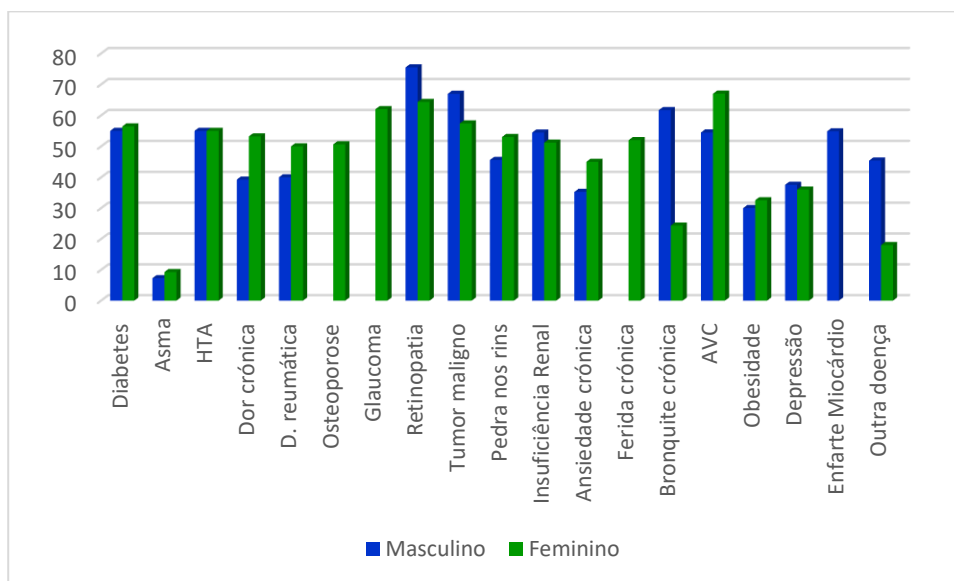
Gráfico 24 - Distribuição conforme a idade mínima de início da doença



Por se observar grande variabilidade na distribuição das idades de início da doença, analisamos a distribuição da mediana.

As medianas são semelhantes na Diabetes (masculino 55 anos; feminino 56,43 anos), Hipertensão arterial (55 anos) e Depressão (masculino 35,57 anos; feminino 36,01 anos). Na Obesidade a mediana é maior nos homens (30 anos versus 12), enquanto na Dor Crônica (masculino 39,24 anos; feminino 53,22 anos), Ansiedade Crônica (masculino 35,26 anos; feminino 45 anos) e Doença Reumática (masculino 40 anos; feminino 50 anos) é menor (gráfico 25).

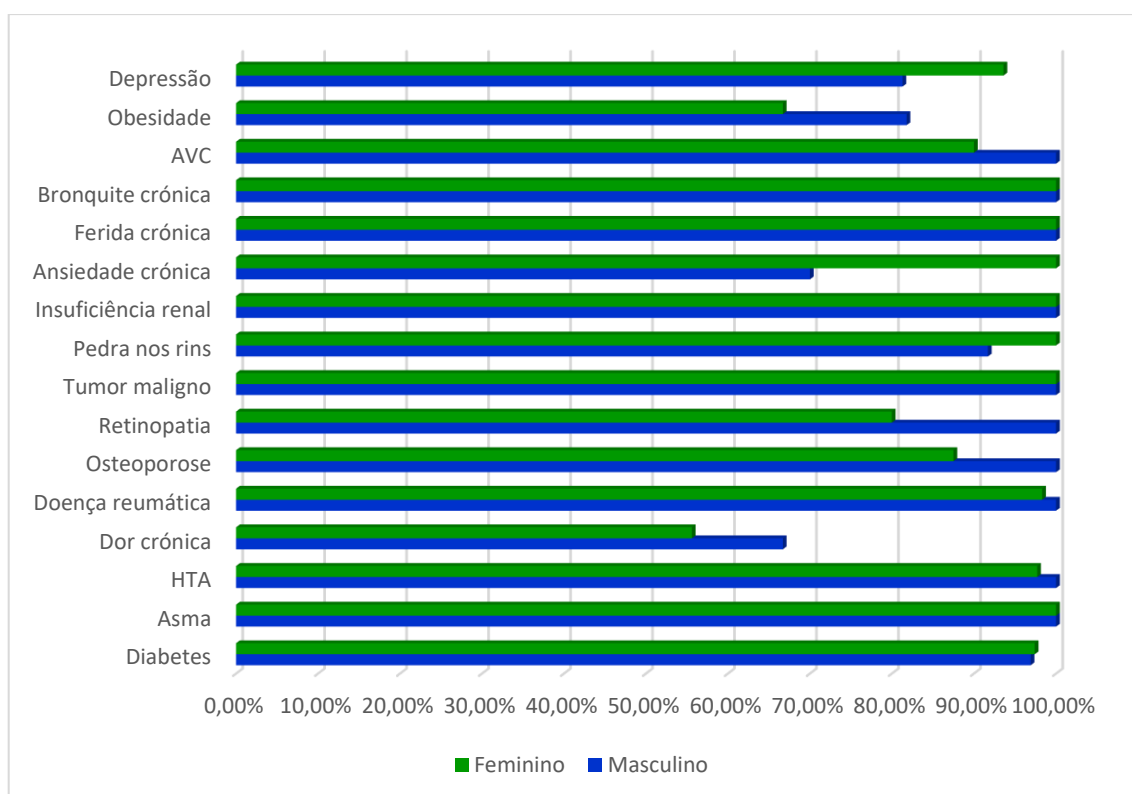
Gráfico 25 - Distribuição conforme a mediana da idade de início da doença



No que concerne à informação da doença (Gráfico 26) na maior parte dos casos, foram profissionais de saúde (médico ou enfermeiro) que informaram acerca do diagnóstico. Onde se observam percentagens mais baixas nas mulheres é na Dor Crónica (55,6%), Obesidade (66,7%), Retinopatia (80%) e Osteoporose (87,5%), apresentado as restantes doenças taxas iguais ou superiores a 90%.

Relativamente aos homens as taxas mais baixas observam-se na Dor Crónica (66,7%), na Ansiedade Crónica (70%), na Depressão (81,3%) e na Obesidade (81,8%), o que indicia um conjunto de situações que estarão mais relacionadas com a perceção de saúde, que com o diagnóstico de doença.

Gráfico 26 - Distribuição conforme a informação da doença por profissional de saúde

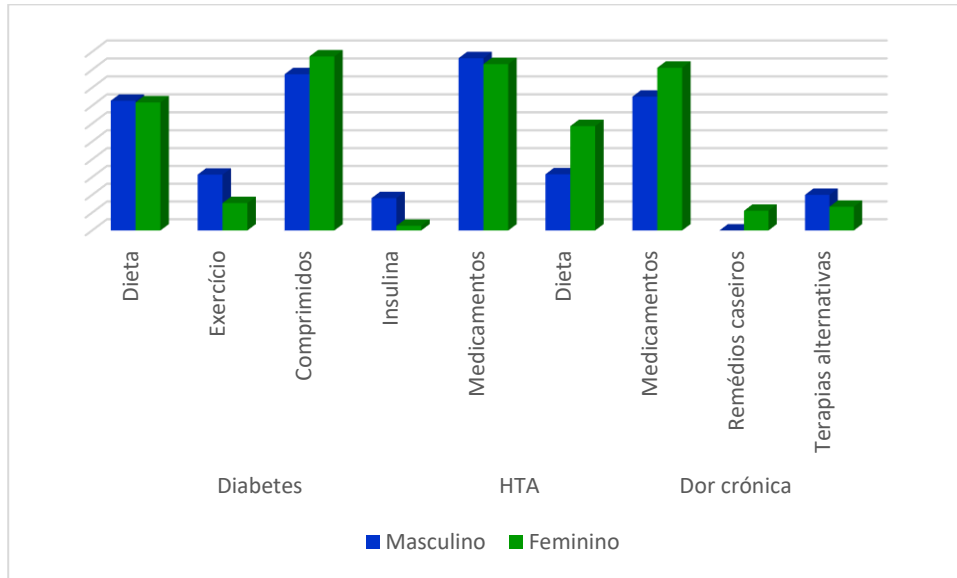


Relativamente ao tratamento da doença (gráfico 27), no que se refere às doenças mais frequentes e em que medidas não farmacológicas são recomendadas, constatamos que, na Diabetes, 72,70% dos homens e 71,80 % das mulheres fazem recurso à dieta, 31,40% e 15,40%, respetivamente, referem realizar exercício físico e 87,5% dos homens e 97,4% das mulheres mencionaram tomar antidiabéticos orais. A terapia farmacológica é a mais frequente, ainda que cerca de 1/3 faça uso da dieta. O exercício físico é menos frequente, sendo mais comum nos homens que nas mulheres.

No que diz respeito às pessoas com Hipertensão Arterial a terapia medicamentosa é a mais frequente (96,4% dos homens e 93,10% das mulheres), sendo que o controlo com a dieta é mais comum nas mulheres (58,6%) que nos homens (31,6%).

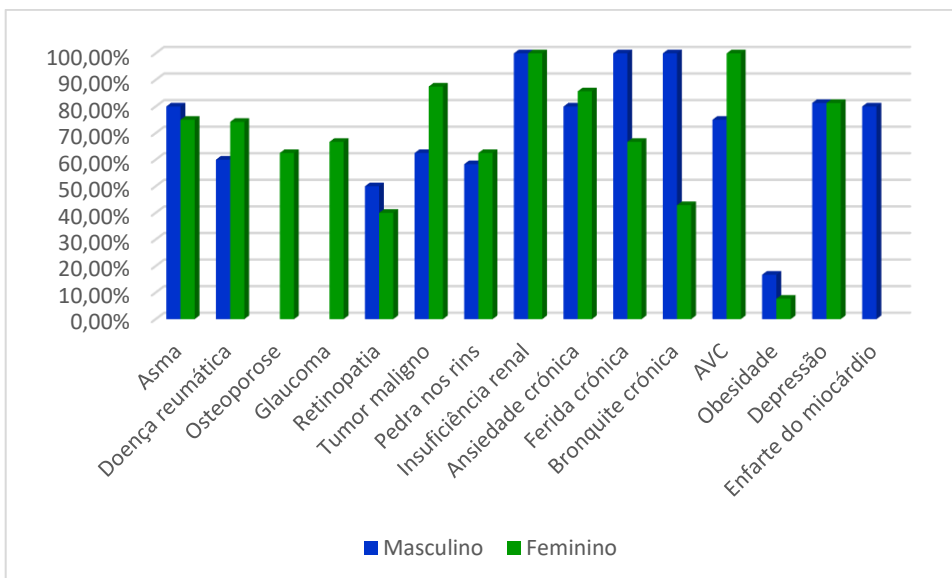
Quanto ao tratamento da Dor Crónica também é o tratamento medicamentos o mais frequente (75% dos homens e 91,10 % das mulheres). As terapias alternativas são mais utilizadas pelos homens (30% versus 13,3%), enquanto o recurso a remédios caseiros só é referido por 11,1% das mulheres.

Gráfico 27 - Distribuição conforme o tratamento da doença (doenças mais prevalentes)



No que se refere a outras doenças crónicas (gráfico 28) a maior adesão ao tratamento medicamentoso é na Insuficiência Renal, Ferida Crónica, DPOC e AVC. A menor adesão é no tratamento da Obesidade, Retinopatia, Cálculo Renais, entre outras, observando-se mais adesão das mulheres no tratamento da Doença Reumáticas, Tumor Maligno e AVC, enquanto nas restantes doenças, de uma forma geral, esta é mais elevada por parte dos homens.

Gráfico 28 - Distribuição conforme o tratamento medicamentoso de outras doenças



As doenças crónicas representam um dos desafios mais importantes no sistema de saúde, pela sua duração e implicações na qualidade de vida dos doentes e famílias, sendo, por isso, necessário investir no seu tratamento, mas sobretudo na sua prevenção.

A Hipertensão Arterial, as Doenças Reumáticas e a Diabetes são as doenças crónicas mais prevalentes. Aproximadamente metade dos inquiridos referiram não ser portador de qualquer doença crónica e as co-morbilidades estão mais presentes nas mulheres.

A informação sobre a doença é proporcionada sobretudo pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e a adesão aos tratamentos é bastante variável.

Os dados indicam a importância de se intervir ao nível dos estilos de vida, nomeadamente na alimentação e atividade física, enquanto determinantes de saúde modificáveis, que normalmente estão relacionados com a Diabetes e a Hipertensão Arterial.

A Doença Reumática é outra área com necessidade de intervenção, sobretudo no grupo das mulheres, por ser incapacitante e causadora de dor, podendo estar relacionada com o envelhecimento e as alterações hormonais, orientando para uma intervenção ao nível da atividade física com vista ao reforço muscular e à prevenção de quedas.

A intervenção ao nível da Saúde Mental parece uma área prioritária no seio das mulheres, devendo iniciar-se precocemente, uma vez que a Depressão e a Ansiedade são muito mais frequentes neste grupo e desde idades precoces.

Também o investimento em literacia em saúde é uma área prioritária, quer para a gestão terapêutica, uma vez que as medidas não farmacológicas parecem pouco valorizadas, quer para o diagnóstico, pois há um conjunto de doenças que parecem mais relacionadas com a perceção de saúde, que com um diagnóstico efetuado por um profissional de saúde, podendo levar a tratamentos não adequados.

4.2 - ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS

A saúde mental é uma componente fundamental da saúde, sendo frequentemente pouco valorizada. É reflexo do equilíbrio e adaptação da pessoa ao contexto onde se encontra inserida.

Segundo a Comissão das Comunidades Europeias (2005) é expectável que mais de 27% dos adultos europeus vivam com doença mental num ano, sendo os síndromas ansiosos e a depressão as formas mais comuns de doença mental. A WHO (2020) estima que 264 milhões de pessoas sejam afetadas pela depressão e cerca de 50 milhões tenham demência. Para o Conselho Nacional de Saúde (2019), as perturbações mentais são a terceira causa em termos de carga de doença e as

perturbações depressivas e a ansiedade encontram-se entre os problemas de saúde com mais peso na incapacidade.

É consensual que globalmente as mulheres tenham mais risco de problemas de saúde mental, nomeadamente de depressão e ansiedade.

A Ansiedade, Depressão e Stress foi avaliada através da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). É constituída por 21 itens, divididos uniformemente pelas três dimensões da escala.

Cada item é operacionalizado numa escala ordinal, com 4 opções (não se aplicou nada a mim; aplicou-se a mim algumas vezes; aplicou-se a mim muitas vezes; aplicou-se a mim a maior parte das vezes). Pretende-se que o inquirido responda de acordo com a extensão com que experimentou o sintoma ao longo da última semana.

A consistência interna foi avaliada através do alfa de *Cronbach*, sendo boa em todas as dimensões (Ansiedade = 0,891; Depressão = 0,818; Stress = 0,897).

Os valores foram agrupados em Normal, Leve, Moderado, Severo e Muito Severo, tendo como referência os cut-point referidos por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

RESULTADOS

Relativamente à Ansiedade (gráfico 29), quer nos homens, quer nas mulheres, a maioria encontra-se no nível normal, ainda que a percentagem de mulheres seja significativamente inferior à dos homens (79,0% versus 90,3%). Em todos os restantes níveis as mulheres apresentam percentagens superiores às dos homens. O nível mais frequente é a Ansiedade leve (mulheres 8%; homens 4,7%), seguido de Ansiedade moderada (mulheres 6,2%; homens 2,2%). É ainda de referir que 6,6% das mulheres apresentam Ansiedade severa ou muito severa.

A proporção de mulheres com níveis elevados de Ansiedade é superior à dos homens, o que também se observa nos valores da média ($2,08 \pm 3,17$ versus $1,04 \pm 2,14$).

No que se refere ao Stress, a maioria dos homens e das mulheres apresentam níveis normais, no entanto, tal como na Ansiedade a percentagem de mulheres é significativamente inferior (94,3% versus 84,6%). Nas mulheres os níveis de Stress leve, moderado e severo assumem taxas entre 4,4% e 4,7%, enquanto nos homens as taxas variam entre 0,7% e 3,6%.

Em síntese, a proporção de mulheres com níveis mais elevados de stress é superior à dos homens, o que é corroborado pelos valores da média ($3,79 \pm 4,36$ versus $2,07 \pm 2,99$).

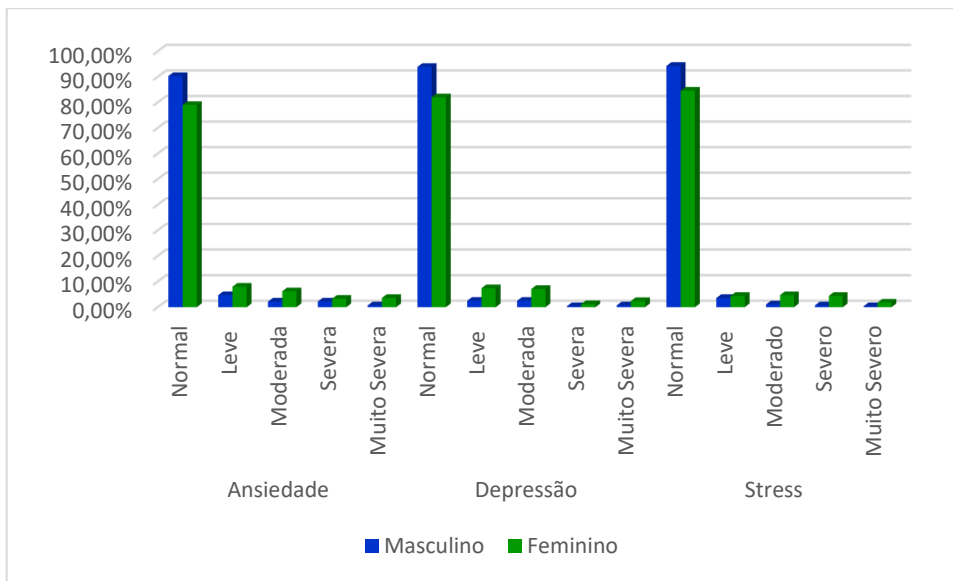
Quanto à Depressão, o comportamento é idêntico com uma taxa de mulheres com níveis normal de Depressão menor que nos homens (82% versus 93,90%). Nas mulheres, 7,4% apresentam nível leve de Depressão e 7,1% nível moderado, substancialmente superior aos 2,5%

dos homens. Há ainda 2,5% das mulheres que apresentam níveis de Depressão severa ou muito severa.

Tal como nas situações anteriores é também entre as mulheres que os valores médios são mais elevados ($2,16 \pm 3,52$ versus $1,0 \pm 2,30$).

Quando se considera a distribuição por grupos etários, e concretamente nas mulheres, em todas as dimensões com alterações estas estão mais presentes após os 35 anos, ainda que também se encontrem em grupos etários mais novos.

Gráfico 29 - Distribuição conforme os níveis de ansiedade, depressão e stress



Em síntese, mais de 2/3 dos inquiridos apresenta níveis normais de Ansiedade, Stress e Depressão. Na comparação entre as três componentes de saúde mental, observam-se piores indicadores na Ansiedade, seguida da Depressão e por fim o Stress, havendo mais mulheres que homens com níveis mais elevados.

Articulando com as questões da doença crónica, torna-se evidente a importância da intervenção ao nível da saúde mental, com projetos dirigidos especificamente para as mulheres adultas e idosas.

4.3 - DEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

A dependência nas pessoas é uma condição que decorre da falta de autonomia e que pode advir de uma doença crónica, demência ou outra causa, conduzindo a pessoa a não conseguir, por si só, realizar as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Estas consistem na capacidade das

peças gerirem o ambiente em que vivem dando respostas às suas necessidades, que incluem habilidades como usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, limpar a casa, lavar a roupa, deslocar-se de um lugar a outro, ser responsável pelos medicamentos e tratar das finanças.

Para a determinação do grau de dependência nas AIVD, foi utilizado o Índice de Lawton – Brody (Sequeira, 2007).

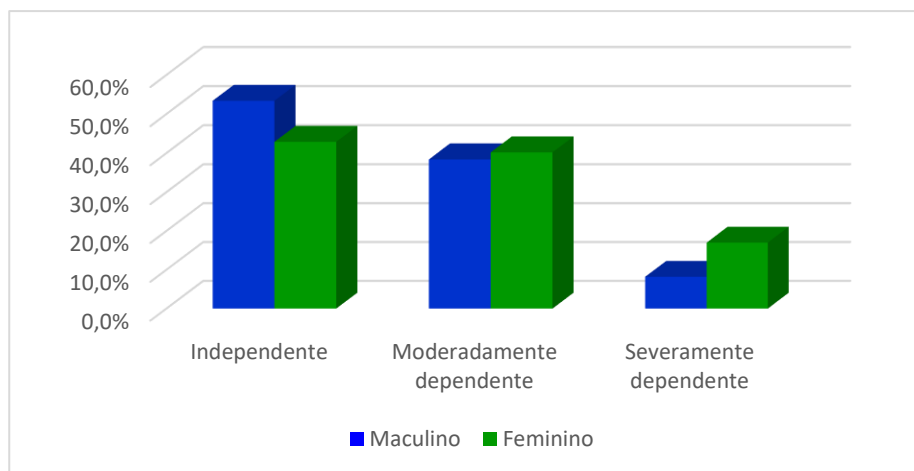
A análise recai nas pessoas dos grupos etários com 65 anos ou mais, uma vez que é nos idosos que a dependência nas AIVD é mais frequente.

RESULTADOS

Dos resultados (gráfico 30) constata-se que 53,4% dos homens e 42,9% das mulheres, são independentes para as AIVD. Porém, são moderadamente dependentes 38,4% dos homens e 40,2% das mulheres. Sendo que a percentagem de mulheres (17,0%) é substancialmente superior à dos homens (8,2%) em relação ao nível severamente dependente.

Quando temos em consideração os grupos etários, constata-se que a prevalência é maior nos grupos mais idosos (75 anos ou mais), sendo esta tendência mais evidente no sexo feminino.

Gráfico 30 - Distribuição dos idosos conforme o grau de dependência



Da análise dos resultados relativamente às mulheres, constata-se a predominância da independência em todas as atividades, o mesmo se observando nos homens.

No que concerne à comparação entre sexos, verifica-se que as mulheres são incapazes de usar o telefone (10,7%) em maior percentagem que os homens (2,7%). A mesma condição se apresenta para ir às compras em que a incapacidade é de 10,2% nas mulheres e 7,2% nos homens.

A condição inverte-se para a atividade de preparar as refeições em que a percentagem de incapacidade nos homens (21,0%) é superior à das mulheres (15,9%). E, de igual modo, se observa na atividade tratar da lida da casa (20,9% versus 16,2%).

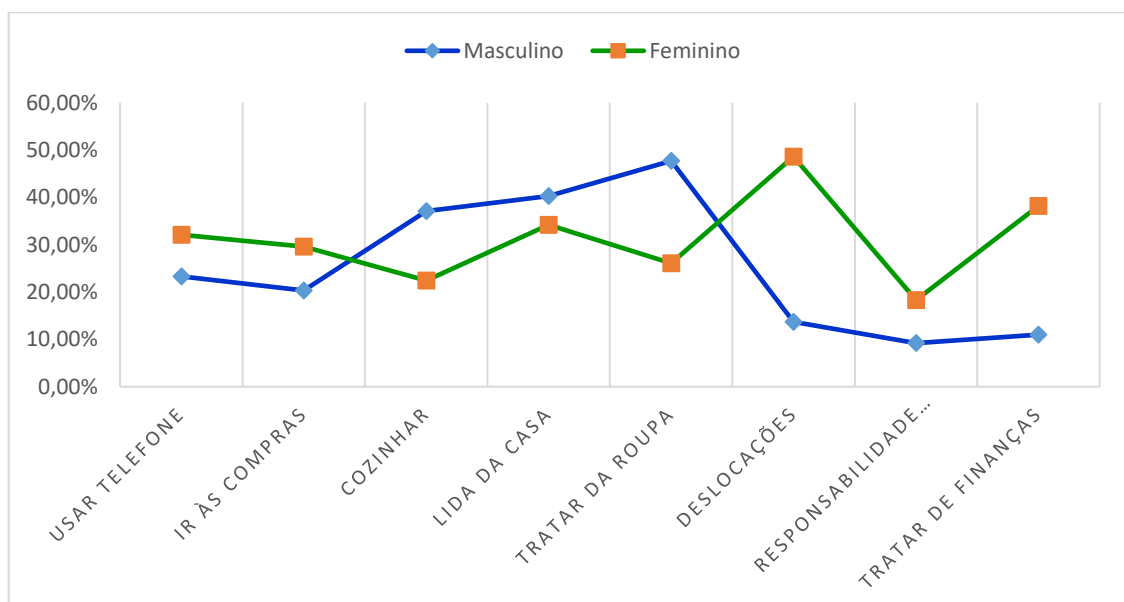
No que se refere a tratar da roupa, a percentagem de homens que refere ser incapaz (44,6%) é muito superior à das mulheres (24,3%) sendo a atividade em que a prevalência das pessoas que referem incapacidade é muito superior às restantes atividades.

Já as mulheres (6,4%) são incapazes de usar o transporte em maior percentagem que os homens (1,4%). E, a mesma condição se apresenta na incapacidade de se responsabilizar pelos medicamentos, com 10,6% das mulheres e 1,5% dos homens. Do mesmo modo, a percentagem na incapacidade para utilizar o dinheiro é superior nas mulheres (10,9%) em relação aos homens (1,4%).

Quando consideramos alguma incapacidade nas AIVD (gráfico 32), constatamos as maiores diferenças entre os sexos nas deslocações e em tratar das finanças, com maior prevalência de mulheres, com respetivamente, 48,6% versus 13,7% e 38,2% versus 11%.

Os homens referem mais incapacidade que as mulheres nas atividades: cozinhar, lida da casa e tratar da roupa, observando-se o inverso nas restantes atividades, podendo ser influenciado por scripts de género, com atividades que nas pessoas mais idosas continuam a ser predominantemente da responsabilidade das mulheres.

Gráfico 31 - Distribuição por sexo de incapacidade por atividade



Em síntese, os idosos em estudo são maioritariamente independentes ou referem pequenas limitações nas AIVD. Quando consideramos os severamente dependentes, a proporção de mulheres é cerca do dobro dos homens. Observa-se ainda maior proporção de mulheres que referem alguma incapacidade, comparativamente com os homens.

Na especificidade das AIVD a percentagem de homens que referem incapacidade nas atividades domésticas é bastante superior à das mulheres, o que pode estar relacionado com aspetos culturais.

É ainda de notar que a incapacidade está mais presente nas pessoas mais idosas, o que terá tendência a agravar-se com a longevidade.

A promoção de saúde passa por assegurar a autonomia e independência da pessoa, tornando-a responsável pela gestão do seu dia a dia, e na tomada de decisões no que diz respeito ao seu processo de saúde. Deste modo, torna-se relevante tomar medidas para maximizar o potencial funcional e prevenir/minimizar o impacto de incapacidades que possam surgir. Estas incapacidades podem resultar da degradação fisiológica do envelhecimento, por motivos de doenças agudas e crónicas ou acidentes traumáticos.

5 - CUIDADOS PREVENTIVOS

Clementina dos Prazeres Fernandes Sousa

Os cuidados preventivos visam proteger a saúde na vida individual e coletiva, assim como garantir a equidade nos cuidados de saúde, e têm por finalidade imediata, a prevenção da doença. Estes cuidados abrangem decisões e medidas em todos os setores da sociedade envolvendo, não só a comunidade, como diversos grupos profissionais (Roksund, 2011).

Estes cuidados encontram-se intimamente articulados com a prevenção primária e secundária. Para Stanhope e Lancaster (2011) a Prevenção Primária refere-se a intervenções relativas à Promoção da Saúde e à prevenção da ocorrência de doença, recorrendo-se a estratégias que capacitem as pessoas a agir sobre os determinantes de saúde, como, por exemplo, ao nível da proteção ambiental e da proteção específica, enquanto a prevenção secundária tem por objeto intervenções que aumentam a probabilidade de diagnóstico precoce de pessoas com doenças, fazendo-se recurso, por exemplo, a rastreios.

A intervenção em saúde, sobretudo ao nível da Prevenção Primária, não se limita, nem é uma exclusividade dos profissionais e dos serviços de saúde, ainda que tenham responsabilidade acrescida.

A vacinação é uma das medidas mais eficazes de prevenção da doença, pois tem custos acessíveis, sendo muito mais barato que os custos com tratamento e com as complicações associadas à doença, e permite o controlo ou eliminação de doenças. Em Portugal é um direito dos cidadãos.

Também os rastreios têm baixos custos e são, sobretudo, recomendados para as situações de doenças com prevalência mais elevada, que possam ser detetadas precocemente e que sejam suscetíveis de tratamento adequado, havendo orientações para as idades e grupos em que são mais aconselhados (Stanhope e Lancaster, 2011). Em Portugal a Direção Geral da Saúde tem um conjunto de normas orientadoras acerca dos rastreios.

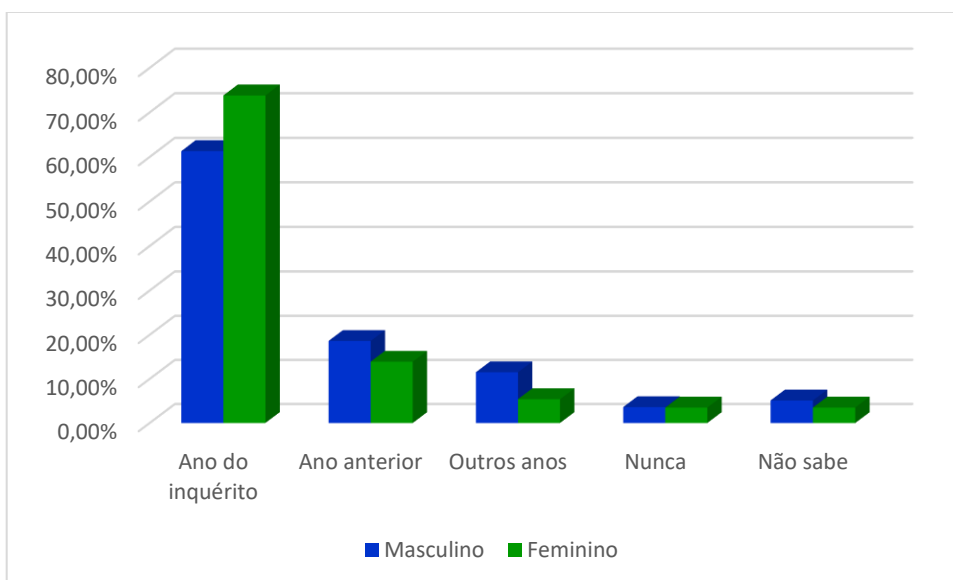
No entanto é fundamental uma rede de cuidados de proximidade. Neste sentido, os Cuidados de Saúde Primários, constituem-se a “porta de entrada” no Serviço Nacional de Saúde, com uma rede de proximidade dos contextos de vida das populações e com profissionais qualificados, o que inspira confiança nas populações e promove o acesso.

RESULTADOS

Os resultados referem-se a cuidados preventivos, nomeadamente aos rastreios mais frequentes, vacinação e acesso aos serviços de saúde, reportados pelos inquiridos.

A quase totalidade dos inquiridos tem médico de família (97,9%), tendo a última consulta de vigilância de saúde ocorrido no ano do inquérito para 61,3% dos homens e para 73,8% das mulheres, havendo ainda 18,6% dos homens e 13,9% das mulheres que referiram ter ocorrido no ano anterior. Dos que referiram que nunca tiveram consultas de vigilância de saúde, a proporção de homens e mulheres é semelhante (3,6% e 3,5%, respetivamente) (gráfico 32).

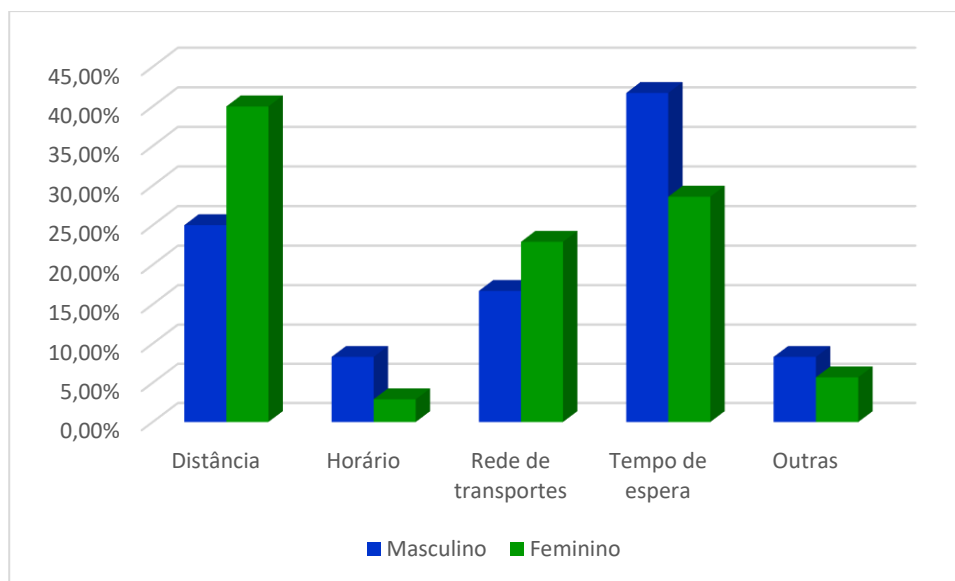
Gráfico 32 - Distribuição conforme o ano da última consulta de vigilância de saúde



No acesso aos serviços de saúde (Centro de Saúde), 5% dos homens (12) e 11% das mulheres (35) referiram dificuldades, sendo as mais reportadas a distância (25% dos homens e 40% das mulheres), o tempo de espera, (41,7% dos homens e 28,6% das mulheres), a rede de transportes (16,7% dos homens e 22,9% das mulheres), e ainda o horário e outras razões (gráfico 33).

É de notar que a rede de transportes é a razão mais reportada por pessoas mais idosas, enquanto o tempo de espera e a distância são mais frequentemente referidas por pessoas de todas as idades.

Gráfico 33 - Distribuição conforme as dificuldades de acesso ao Centro de Saúde

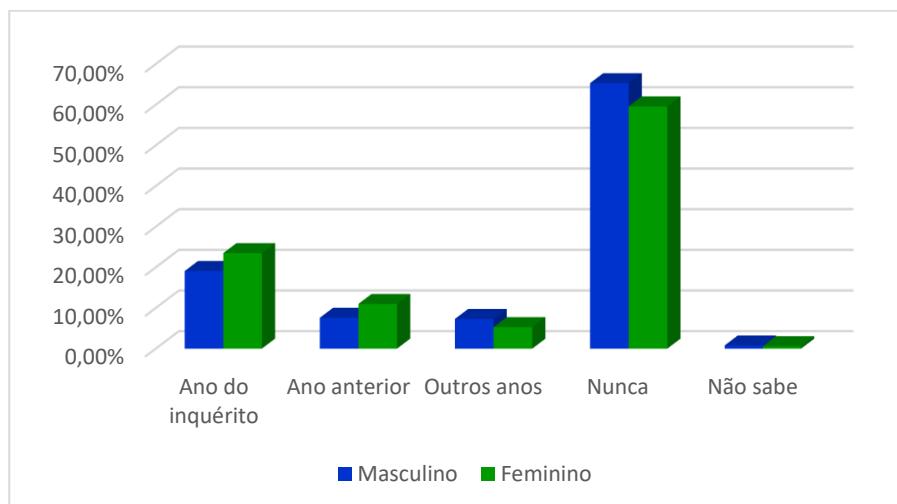


A vacina da gripe é administrada anualmente, tendo em consideração a variabilidade das estirpes. Assim, 33,7% dos homens e 39,8% das mulheres referiram ter sido vacinados, sendo mais frequente nas pessoas com mais idade. Quando se questiona sobre o ano da vacina 19,1% dos homens e 23,5% das mulheres foi vacinada no ano do inquérito (gráfico 34). Das pessoas vacinadas no ano do inquérito 61,8% dos homens e 66,4% das mulheres tinha idade igual ou superior a 65 anos.

A indicação médica, como razão principal para vacinação, foi salientada tanto por homens como por mulheres (62,3% e 64% respetivamente), seguida da indicação de outros profissionais de saúde (30,4%, 25,2% respetivamente).

Ainda no que concerne à vacinação, a taxa de cobertura da vacina antitetânica é quase universal.

Gráfico 34 - Distribuição conforme o ano de vacinação contra a gripe



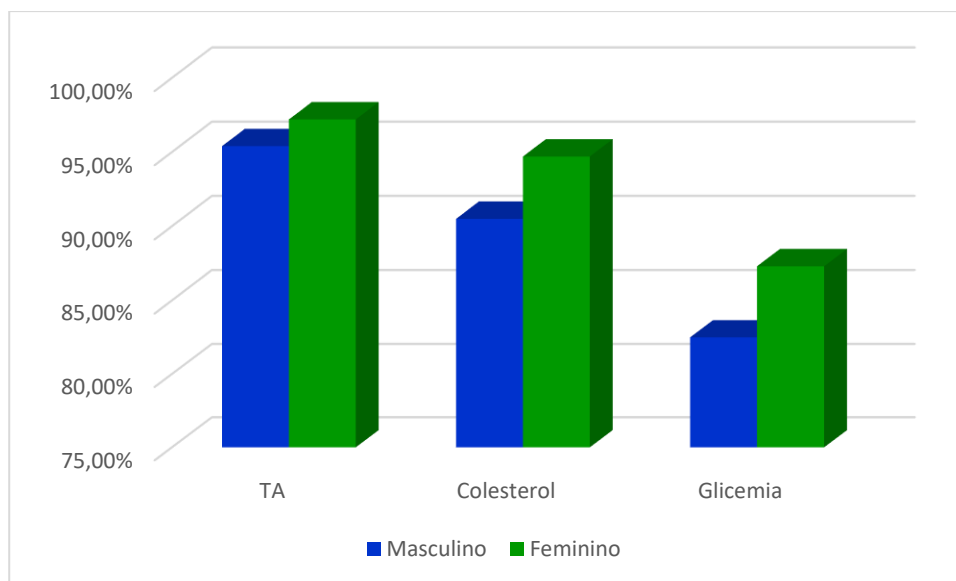
A avaliação da tensão arterial (TA), colesterol e glicemia é uma importante medida de vigilância de saúde, tendo em consideração as doenças crónicas com maior prevalência na população.

A avaliação da TA é a mais frequente, com a maioria dos homens (95,4%) e das mulheres (97,2%) a terem avaliado, seguida da avaliação do colesterol (90,5% homens e 94,7% mulheres) e da glicemia (82,5% homens e 87,3% mulheres) (gráfico 35).

Observa-se ainda que a avaliação da TA e do colesterol é mais frequente nos adultos e idosos.

O facto da maioria da população ter avaliado a TA decorre de ser uma medida pouco invasiva e efetuada por rotina nas consultas, enquanto as outras medidas envolvem procedimentos mais invasivos, como, por exemplo as análises clínicas, e outros rastreios.

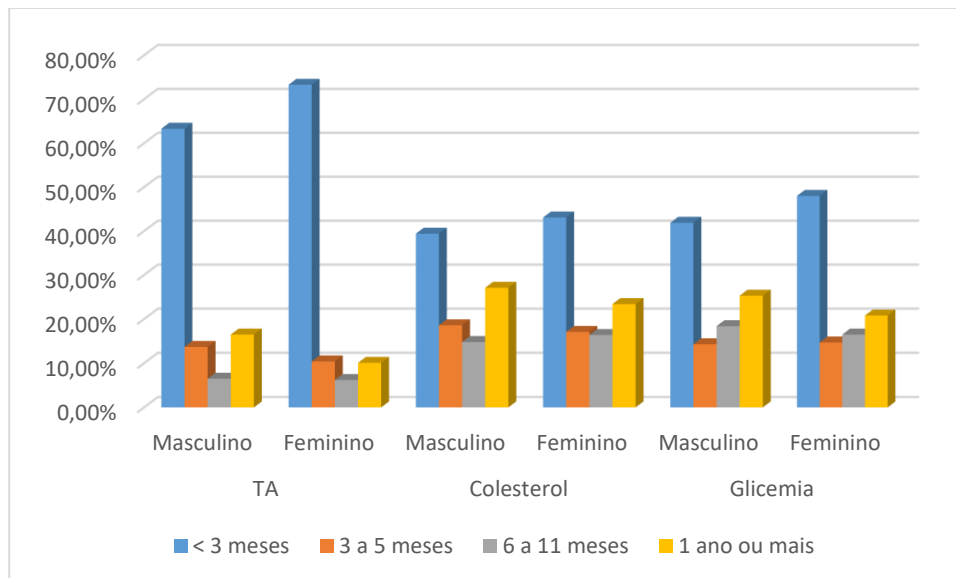
Gráfico 35 - Distribuição conforme a avaliação de TA, Colesterol e Glicemia



Relativamente ao tempo em que decorreu a última avaliação, constata-se que o mais frequente foi há menos de 3 meses, quer nos homens, quer nas mulheres, observando-se maior adesão por parte das mulheres (gráfico 36).

Quanto à TA, a maioria (63,3% dos homens e 73,3% das mulheres) fez a última avaliação há menos de 3 meses. Já no que se refere à avaliação do colesterol, ainda que seja mais frequente a avaliação há menos de 3 meses, com 39,4% dos homens e 43,1% das mulheres, as avaliações com 1 ano ou mais foram, respetivamente, de 27,1% e 23,4%. No caso da glicemia o comportamento é similar, com 41,9% dos homens e 48% das mulheres a fazerem a avaliação há menos de 3 meses, seguido dos que fizeram há 1 ano ou mais (25,3% e 20,8%, respetivamente).

Gráfico 36 - Distribuição conforme o tempo há que decorreu a última avaliação da TA, colesterol e glicemia

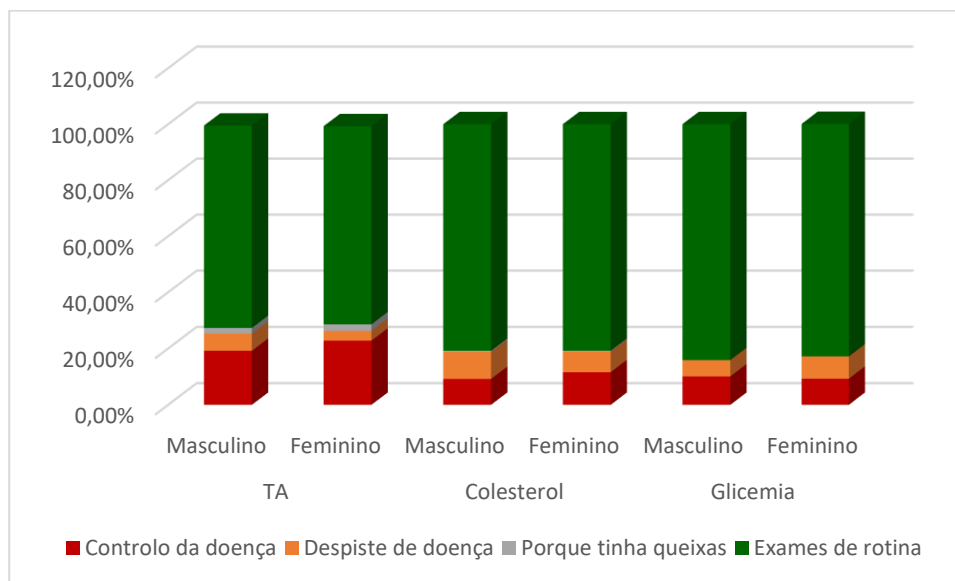


A razão mais comum para a avaliação foi o exame de rotina (gráfico 37) e a razão mais baixa foi as queixas, o que poderá estar relacionado com o facto de muitas das doenças decorrentes das alterações da TA, colesterol e glicemia serem, no início da doença, assintomáticas. A TA apresenta os valores mais baixos (70,7% para as mulheres e 72,2% para os homens), sendo simultaneamente onde se observam mais referências a controlo da doença, com 22,8% nas mulheres e 19,2% nos homens, o que é explicável pela elevada prevalência de Hipertensão Arterial na população em estudo.

No que se refere à avaliação da glicemia é onde a referência aos exames de rotina apresenta as taxas mais elevadas, com 84,1% nos homens e 82,9% nas mulheres.

Relativamente ao colesterol os exames de rotina são referidos por 80,8%, quer de homens, quer de mulheres, sendo também onde comparativamente com as restantes avaliações se observam mais referências ao despiste de doenças (9,6% dos homens e 7,3% das mulheres).

Gráfico 37 - Distribuição conforme as razões para a avaliação da TA, colesterol e glicemia

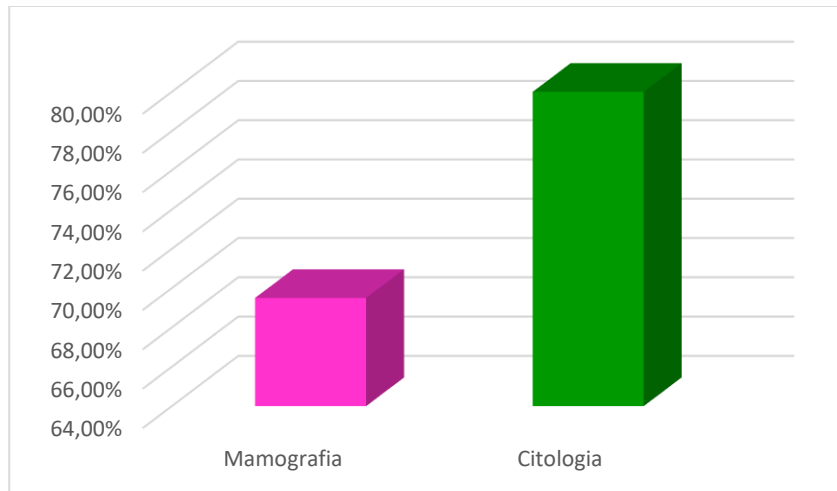


Um dos rastreios mais frequentes é relativo ao cancro da mama, através da mamografia; e da citologia cervical, para rastreio do cancro do colo do útero. Para esta avaliação incluíram-se as mulheres com 20 ou mais anos, sendo a própria a responder (gráfico 38).

Assim, a mamografia foi realizada por 69,5% das mulheres (214). Destas, 75,2% realizaram a mamografia há menos de 2 anos. Na distribuição por grupos etários, observa-se que é mais frequente entre os 45 e os 69 anos.

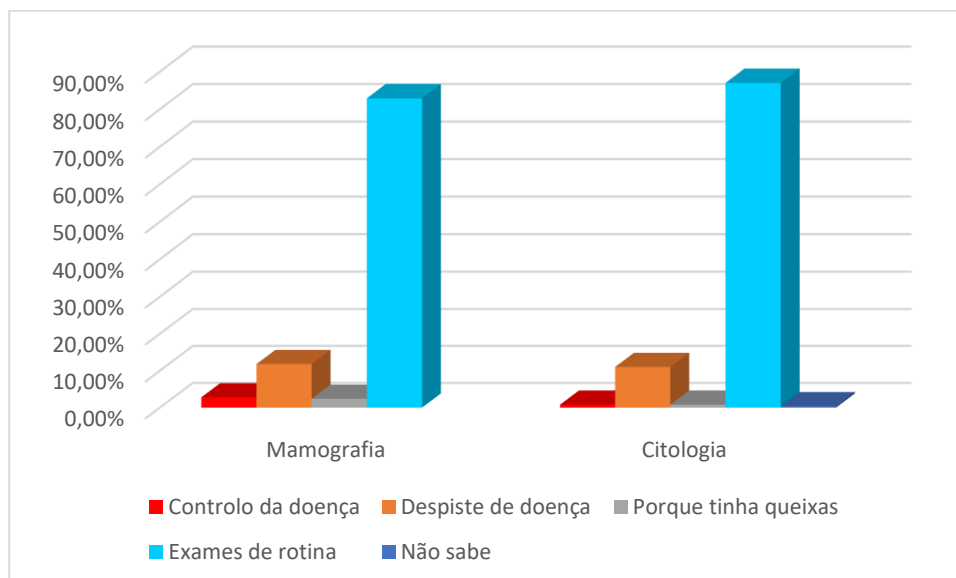
No que se refere à citologia cervical, 80% das mulheres (243) mencionaram ter realizado. Desta, 75,3% realizaram-na há menos de 3 anos. Na distribuição por grupos etários, a distribuição é mais homogênea, entre os 25 e os 64 anos, com menor prevalência no grupo do 75 e mais anos

Gráfico 38 - Distribuição das mulheres conforme a realização de rastreio de cancro da mama e cancro do colo uterino



Em relação às razões referidas para a realização destes exames de rastreio (gráfico 39), a grande maioria respondeu por “exame de rotina” (mamografia 82,9%; citologia 87,0%), seguido de “despiste de doença” (mamografia 11,8%; citologia 11,0%). O controlo da doença é mais referido na mamografia (2,8%).

Gráfico 39 - Distribuição das mulheres conforme os motivos para a realização de mamografia e citologia



O rastreio do cancro do cólon é realizado através de da pesquisa de sangue oculto nas fezes e/ou colonoscopia, estando recomendado para ambos os sexos a partir dos 50 anos.

Neste sentido, as questões eram dirigidas às pessoas com 50 e mais anos sendo a própria a responder. A pesquisa de sangue oculto foi o método mais frequente, sendo referido por 69,1%

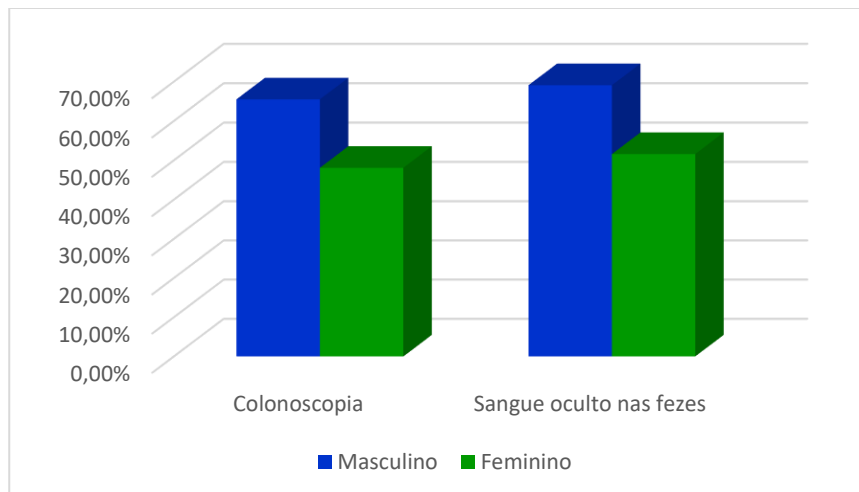
dos homens (96) e 51,6% das mulheres (96). Relativamente à colonoscopia, esta também foi mais frequente nos homens (65,5% (91) *versus* 48,1% (88)) (gráfico 40).

Considerando os grupos etários, no sexo masculino, a colonoscopia e a pesquisa de sangue oculto nas fezes, são mais frequentes nos grupos dos 75 e mais anos, 60 a 64 anos e 50 a 54 anos.

No que se refere às mulheres, a colonoscopia é mais frequente no grupo dos 75 e mais anos, enquanto a pesquisa de sangue oculto é distribuída de forma mais homogénea por todos os grupos etários.

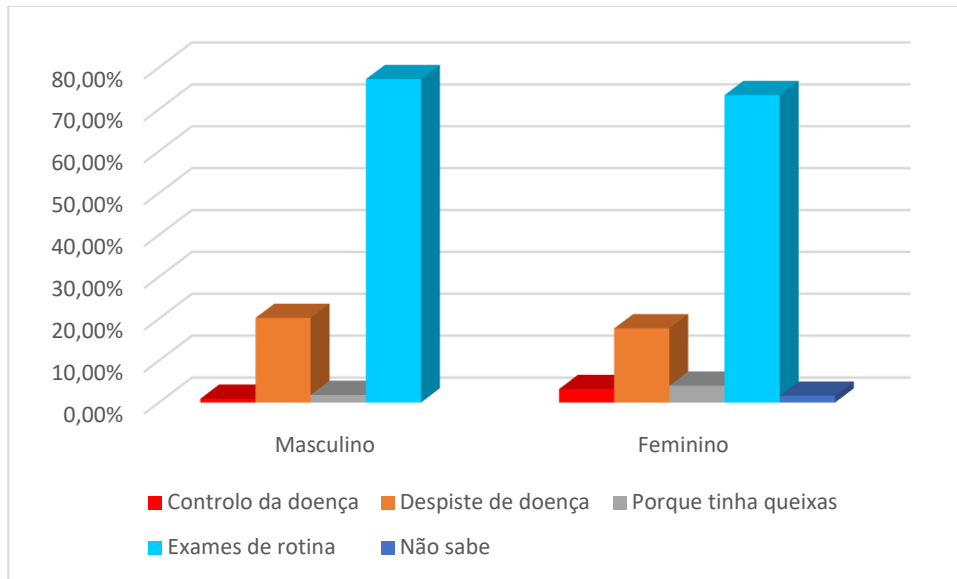
Para 84,6% dos homens e 94,3% das mulheres a colonoscopia foi realizada há 10 anos ou menos e no que se refere à pesquisa de sangue oculto ocorreu há 2 anos ou menos para 79,2% dos homens e 77,1% das mulheres.

Gráfico 40 - Distribuição conforme a realização de rastreio do cancro do colon e reto



Em relação às razões apontadas para a realização destes exames de rastreio (gráfico 41), a grande maioria referiu por “exame de rotina” (homens 77,2%; mulheres 73,4%), seguido de “despiste de doença” (homens 20,2%; mulheres 17,7%). O controlo da doença é mais referido por mulheres (3,2%).

Gráfico 41 - Distribuição conforme os motivos para a realização de colonoscopia e pesquisa de sangue oculto nas fezes

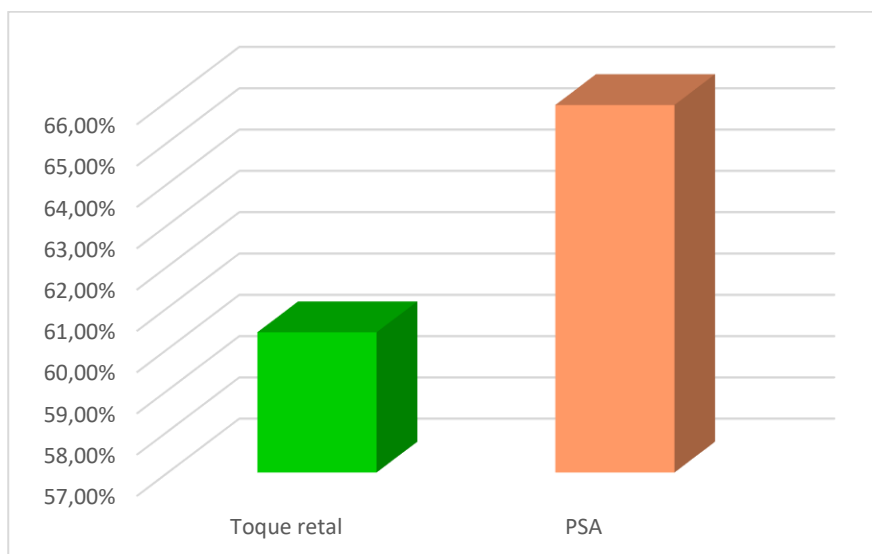


O rastreio cancro da próstata é efetuado através do toque retal e da pesquisa do *Prostate Specific Antigen* (PSA), sendo indicado a partir dos 50 anos. Neste sentido, as questões foram dirigidas a homens com 50 e mais anos, sendo o próprio a responder (gráfico 42).

O rastreio foi efetuado por 65,9% dos homens através do PSA e por 60,4% através do toque retal.

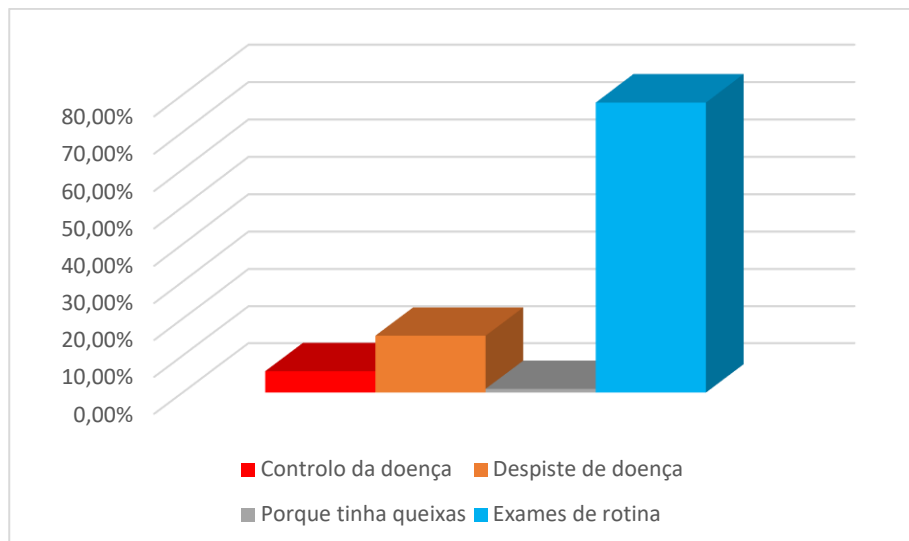
Quando consideramos os grupos etários, a maior prevalência observa-se nos homens com 70 e mais anos.

Gráfico 42 - Distribuição dos homens com 50 e mais anos conforme a realização de rastreio do cancro da próstata



Em relação às razões apontadas para a realização destes exames (gráfico 43), a grande maioria dos homens referiu por “exame de rotina” (77,9%), seguido de “despiste de doença” (15,4%), havendo ainda 5,8% que reportou ter sido para controlo da doença.

Gráfico 43 - Distribuição conforme os motivos para a realização de colonoscopia e pesquisa de sangue oculto nas fezes



Em síntese, a população inquirida revela uma excelente acessibilidade aos serviços de saúde e as dificuldades são referidas por cerca de 8% dos inquiridos, sendo maioritariamente relacionadas com tempo de espera nos serviços e a distância.

Estratégias para a melhoria da acessibilidade, podem ser otimizadas, com por exemplo unidades móveis, no entanto, para a sua operacionalização há necessidade de mais conhecimento sobre recursos humanos e materiais disponíveis e avaliação da relação custo-benefício.

Relativamente à vacina contra a gripe a norma nº 006/2019 (Portugal, 2019) recomenda a vacinação dos grupos alvo prioritários (pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, doentes crónicos e imunodeprimidos com 6 ou mais meses de idade, grávidas e outros grupos de risco). De acordo com os dados do inquérito a taxa de vacinação foi baixa, sendo uma área a investir.

Na avaliação da TA, do colesterol e da glicemia verificou-se elevada adesão, sendo a vigilância em saúde a principal razão apontada. No entanto, é de salientar que a Hipertensão Arterial é a doença com maior prevalência na população, sendo por isso também nesta que se encontram mais referências à avaliação para controlo da doença. Neste sentido, é importante, para além das medidas de controlo da doença, medidas de promoção e educação para a saúde, orientadas para a atividade física e para a alimentação saudável.

Nos rastreios da doença oncológica, a análise seguiu as recomendações nacionais e internacionais quanto às idades de início dos respetivos exames, observando-se uma grande adesão na citologia cervical, e menor na mamografia. No rastreio do cancro colorretal, a pesquisa de sangue oculto nas fezes foi efetuada por mais de metade dos inquiridos, com predominância nos homens. No rastreio do cancro prostático, mais de metade fez o rastreio, no entanto só cerca de 1/3 dos homens o realizou há menos de 3 anos.

De uma forma geral observa-se elevada adesão aos rastreios, sendo as principais razões os exames de rotina, o que evidencia a preocupação dos serviços de saúde com cuidados antecipatórios.

Apesar de boas taxas de adesão aos rastreios é desejável melhorar a cobertura. Para tal, porque estão instituídos diversos rastreios, poderá ter que se investir na sensibilização da população para a importância dos cuidados antecipatórios, e na literacia para a saúde.

Pode haver ainda necessidade de demonstrar como fazer a auto-colheita de fezes, sobretudo nas populações com menor escolaridade.

O incentivo à vacinação contra a gripe e medidas que visem a Promoção da Literacia para a Saúde, acerca de determinantes relacionados com a doença crónica são áreas a investir.

6 - QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

Clementina dos Prazeres Fernandes Sousa

Luís Carlos Carvalho da Graça

No presente capítulo descreve-se a percepção de Qualidade de Vida e a Satisfação com o Suporte Social

6.1 - QUALIDADE DE VIDA

Na atualidade, a definição de Qualidade de Vida (QV) ainda é um conceito complexo e subjetivo. Comumente representa a percepção individual e encontra-se intimamente relacionado com os conceitos de saúde e de Promoção de Saúde.

Para Canavarro e Serra (2010) é um conceito amplo, que incorpora aspetos individuais do ser humano, e está interligado com os conceitos de saúde, bem-estar e satisfação com a vida. Trata-se de um constructo multidimensional que tem em consideração a pessoa numa perspetiva holística.

Pela relevância que a representação subjetiva da saúde tem para traçar políticas e para a intervenção em saúde, a World Health Organization (WHO), no início da década de 90, formou um grupo de peritos com o objetivo de debater o conceito e construir um instrumento para a sua avaliação transcultural (Canavarro e Serra, 2010).

Vivenciar uma melhor Qualidade de Vida tem-se constituído, no geral, um dos principais objetivos dos seres humanos. A QV traduz-se como um conceito dinâmico e em constante transformação, dependente do contexto envolvente e da percepção da pessoa face à sua realidade.

A saúde constitui-se um importante determinante da QV e, conseqüentemente, todos os fatores que influenciam a saúde, positiva ou negativamente, irão influenciar a percepção de QV (Martins, 2006).

No presente inquérito o instrumento de recolha de dados utilizado foi o MOS SF-36, traduzido e validado para a população portuguesa por Ferreira (2000). Os resultados obtidos variam entre 0, de valor mínimo e 100 como valor máximo, sendo que quanto mais alto for a pontuação, melhor será a percepção de cada domínio e da QV global.

O instrumento compreende duas componentes: a *Componente Física* que é constituída pelas dimensões: Saúde Geral, Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal e da *Componente Mental* que engloba o Desempenho Emocional, Função Social, Vitalidade e Saúde Mental.

A escala apresenta muito boa consistência interna (alfa Cronbach – 0,944)

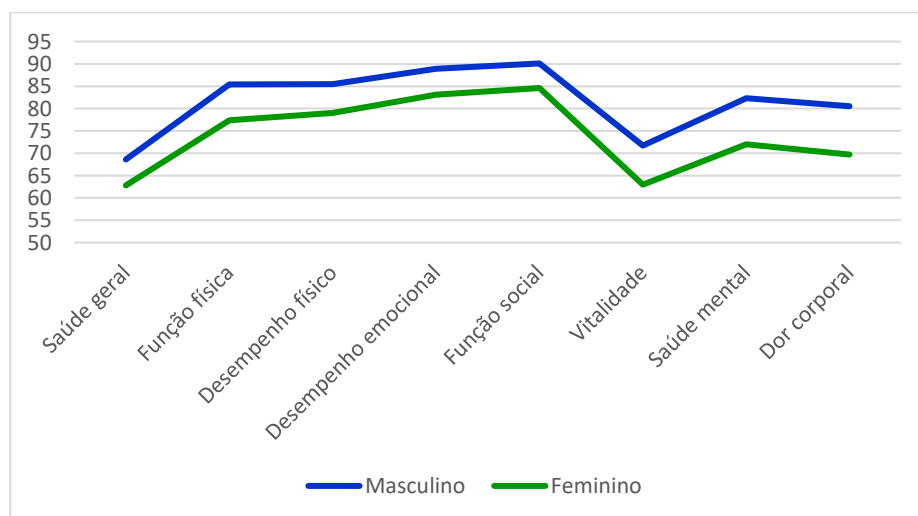
RESULTADOS

Das dimensões que constituem a Componente Física, os valores mais elevados são relativos ao Desempenho Físico: média de $85,05 \pm 23,8$ e mediana de 100 nos homens, e média de $79 \pm 28,1$ e mediana de 90, nas mulheres, seguido da Função Física com médias de $85,4 \pm 23,5$ e mediana de 100 nos homens, e $77,4 \pm 28,8$ e mediana de 93,8 nas mulheres. Ainda sobre esta componente, a dimensão que apresenta o valor médio mais baixo é a Saúde Geral, que avalia a percepção da saúde global, com média de $68,6 \pm 19,7$ e $62,8 \pm 21,9$, e mediana de 72 e 67, nos homens e mulheres, respetivamente.

Analisando os valores médios das dimensões da Componente Mental, os mais elevados foram na Função Social, que se refere à qualidade e quantidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos, com média de $90,1 \pm 17,3$ nos homens e $84,6 \pm 20,2$, nas mulheres, com variação entre 12,5 e 100, e mediana de 100 em ambos os sexos. O Desempenho Emocional, que avalia a resistência/limitação emocional, também apresenta valores de média elevados ($88,9 \pm 20,03$) e mediana de 100 relativas aos dois sexos.

A dimensão que apresenta valores mais baixos é a Vitalidade, que avalia a energia ou fadiga que são sentidas pelas pessoas, com médias de $71,7 \pm 19,4$ e de $63 \pm 22,1$ e mediana de 75 e de 62,5 para homens e mulheres respetivamente (gráfico 44).

Gráfico 44 - Distribuição conforme a média das dimensões da Qualidade de vida

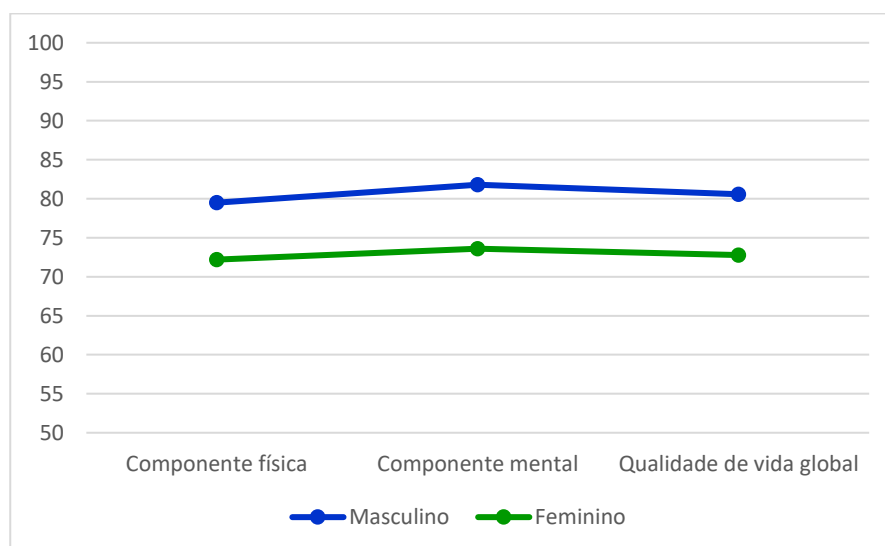


Quanto à Componente Física, os valores variam entre 21,4 e 100, com média de $79,5 \pm 18,3$ e mediana 85,1 para os homens, e entre 7,7 e 100, com média de $72,2 \pm 21,2$ e mediana de 79, nas mulheres.

Na Componente Mental, os valores variam entre 5,4 e 100, com média de $81,8 \pm 14,5$ e mediana 85,2 para os homens e entre 16,1 e 100, com média de $73,6 \pm 17,7$ e mediana de 78,4 nas mulheres.

A QV global obtida através do somatório de todas as dimensões do instrumento, varia entre 25,6-100, com média de $80,6 \pm 15$ e mediana de 85,2 para os homens e entre 16,5 e 100, com média de $72,8 \pm 18,1$ e mediana de 77,4 para as mulheres (gráfico 45).

Gráfico 45 - Distribuição conforme a média das componentes da Qualidade de vida



Relativamente à Mudança em Saúde, que analisa a percepção das pessoas em relação à sua saúde, comparativamente há um ano atrás, constatamos que a maioria considera que a sua saúde se mantém aproximadamente igual (60,6%), enquanto 10,0% reporta que teve algumas melhoras e 3,4% que a sua saúde está muito melhor. Contudo, 13,6% refere que a sua saúde está um pouco pior e uma minoria (1,3%) avaliam-na como muito pior.

É ainda possível observar uma relação inversa entre a idade e a percepção de qualidade de vida, em que à medida que aumenta a idade, diminui a percepção de qualidade de vida.

Em síntese, pelos resultados podemos considerar que a QV percebida pelos participantes, de uma forma global, é boa, sendo superior nos homens e é influenciada pela idade.

A Componente Mental é a que mais contribui para a percepção positiva da QV, destacando-se os domínios Função Social e Desempenho Emocional, levando a concluir que esta população

apresenta bem-estar emocional e bom relacionamento social, podendo contribuir para uma melhor percepção de QV global. Pelo contrário na Vitalidade, que avalia a energia e a fadiga percebida pelas pessoas no seu dia-a-dia, é a que apresenta valores mais baixos.

Na Componente Física, os domínios Desempenho Físico e Função Física são os que obtêm valores mais elevados, revelando que as pessoas parecem não apresentar grandes limitações para a realização de atividades físicas ou tarefas diárias, ou na quantidade de trabalho que executam, podendo influenciar positivamente a QV. No entanto, a Saúde Geral, avaliam-na nos valores mais baixos, podendo o estado de saúde influenciar de forma menos positiva a percepção de QV.

Todos os projetos podem contribuir para o bem-estar da população, bem com as redes de proximidade social, como por exemplo a rede de vizinhança ou as coletividades. As pessoas terem ocupação, participarem na vida social e sentirem-se úteis e produtivas, integrarem coletividades enraizadas nos contextos de vida certamente contribuirão para a boa percepção de qualidade de vida.

6.2 - SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

As relações sociais e a rede de suporte sempre se constituíram essenciais para o Homem e para as sociedades.

O suporte social é um conceito complexo e multidimensional que se relaciona com a saúde e bem-estar do indivíduo. Para Ornelas (2008) pode ser entendido como a extensão e a quantidade de relações sociais, conjugais, de amizade ou organizacionais.

Em termos genéricos podemos considerar que a rede de suporte social se pode organizar em formal e informal. Para Pais-Ribeiro (1999) o suporte informal inclui os familiares, amigos, vizinhos, e os grupos sociais como associações culturais, desportivas, religiosas, entre outras. Assumem particular importância por se constituírem os recursos de primeira linha.

Quando esta não é suficiente para satisfazer as necessidades, as pessoas recorrem à rede formal, que normalmente inclui as organizações formais como serviços de saúde, os programas governamentais, ou redes estruturadas (Ornelas, 2008).

Uma importante componente de avaliação do suporte social é a Satisfação, em que a pessoa avalia globalmente a extensão da rede de suporte, a sua resposta e o resultado obtido.

A satisfação com o suporte social foi avaliado através da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Pais-Ribeiro (1999). É uma escala constituída por quinze itens, operacionalizados numa escala de Likert de cinco atributos (discordo totalmente, discordo na maior parte, não concordo nem discordo, concordo na maior parte e concordo totalmente).

Os itens agrupam-se em quatro dimensões: Satisfação com os Amigos, que mede a satisfação do indivíduo com as amizades; Intimidade, que se refere à percepção que o indivíduo tem acerca do suporte social íntimo; Satisfação com a Família, que avalia a satisfação com o suporte social familiar existente; e Atividades Sociais, relativo à satisfação com as atividades sociais que os indivíduos realizam.

O instrumento apresenta consistência interna entre aceitável e boa (alfa de Cronbach: Satisfação com as Amizades 0,77; Intimidade 0,62; Satisfação com a Família 0,72; Atividades Sociais 0,65 e Escala Total 0,85).

RESULTADOS

Conforme o gráfico 46, no sexo masculino, a satisfação com a intimidade varia entre 6,25 e 100, com média de $82,7 \pm 19,3$ e mediana de 87,5, sendo a média mais elevada no grupo etário dos 40 a 44 anos ($94,9 \pm 8,1$) e a mais baixa no grupo etário dos 65 a 69 anos ($73,4 \pm 24,4$). Em todos os restantes grupos etários a média é superior a 76.

No sexo feminino, a satisfação varia entre 0 e 100, com média de $79,4 \pm 21,2$ e mediana de 81,25, sendo a média mais elevada no grupo etário dos 25 a 29 anos ($95,5 \pm 7,3$) e a mais baixa no grupo etário dos 75 anos ou mais ($66,3 \pm 16,1$). De uma forma geral a satisfação com a intimidade é superior nos homens.

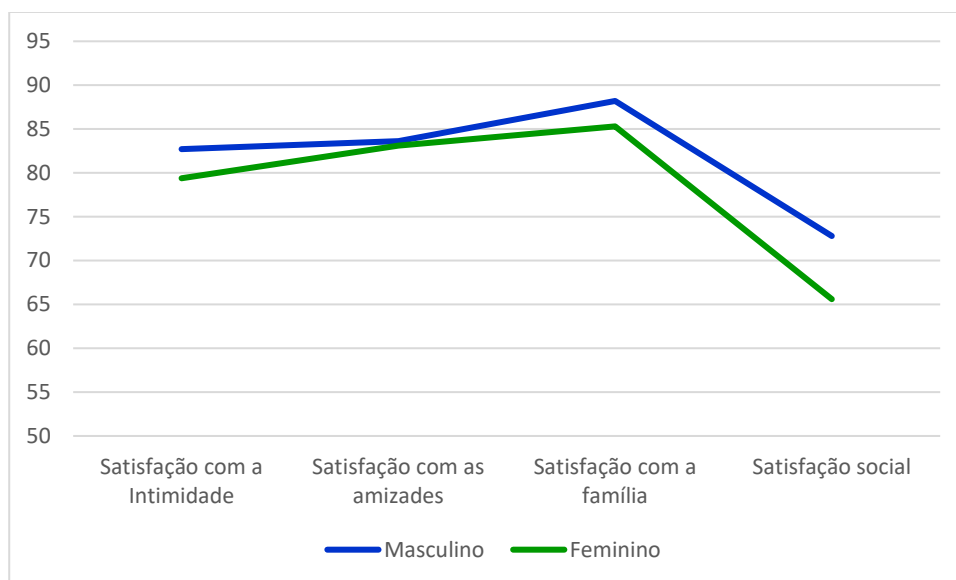
No que se refere à satisfação com as amizades, no sexo masculino varia entre 0 e 100, com média de $86,3 \pm 17,7$ e mediana de 95. A média mais elevada observa-se no grupo etário dos 10 aos 14 anos ($93,8 \pm 11,0$), seguido do grupo etários dos 60 a 64 anos ($93,0 \pm 12,0$) e a mais baixa no grupo etário dos 50 a 54 anos ($77,2 \pm 24,3$). Em todos os restantes grupos etários a média é superior a 80.

No sexo feminino varia entre 20 e 100, com média de $83,1 \pm 18,0$ e mediana de 85, sendo a média mais elevada no grupo etário dos 15 aos 19 anos ($91,0 \pm 15,5$) e a mais baixa no grupo etário dos 75 anos ou mais ($72,8 \pm 20,1$). De uma forma geral a satisfação com as amizades é superior nos homens e, em ambos os sexos, é mais elevada nos grupos etários mais novos.

A satisfação com a família, no sexo masculino varia entre 0 e 100, com média de $88,2 \pm 18,2$ e mediana de 100. A média mais elevada observa-se no grupo etário 10 aos 14 anos ($97,9 \pm 7,3$), seguida do grupo etários dos 60 a 64 anos ($97,1 \pm 6,8$) e a mais baixa no grupo etário dos 50 a 54 anos ($79,6 \pm 26,7$). Em todos os restantes grupos etários a média é superior a 80. No sexo feminino também varia entre 0 e 100, com média de $85,3 \pm 21,1$ e mediana de 100, sendo a média mais elevada no grupo etário dos 30 aos 34 anos ($92,9 \pm 10,6$) e a mais baixa no grupo etário dos 75 anos ou mais ($77,5 \pm 25,3$). De um modo geral a satisfação com a família é superior nos homens.

No sexo masculino, a satisfação social, varia entre 0 e 100, com média de $72,8 \pm 26,0$ e mediana de 75. A média mais elevada observa-se no grupo etário 35 a 39 anos ($79,8 \pm 18,9$), seguida do grupo etários dos 60 a 64 anos ($78,3 \pm 19,1$) e a mais baixa no grupo etário dos 50 a 54 anos ($63,0 \pm 33,4$), sendo neste grupo que se observa maior variabilidade. No sexo feminino, também varia entre 0 e 100, com média de $65,6 \pm 27,3$ e mediana de 66,7, sendo a média mais elevada no grupo etário dos 5 aos 9 anos ($78,3 \pm 15,9$), valor idêntico ao grupo etários dos 65 aos 69 anos ($78,3 \pm 25,3$), e a mais baixa no grupo etário dos 75 anos ou mais ($58,8 \pm 20,9$). De uma forma geral a satisfação social é superior nos homens.

Gráfico 46 - Distribuição conforme a Satisfação com o Suporte Social



Em síntese, os homens apresentam-se, no geral, mais satisfeitos com o suporte social que as mulheres, verificando-se a maior diferença entre os sexos na satisfação social. É também na satisfação social que se observam os valores mais baixos e na satisfação com a família os valores mais elevados.

A família continua a constituir-se um importante recurso para as pessoas. Os valores mais baixos na satisfação social podem decorrer das quantidade e diversidade de atividades sociais, contudo, os dados são insuficientes, o que orienta para a necessidade de um estudo mais aprofundado.

No entanto, é evidente menor satisfação pelas mulheres, o que orienta para a pertinência de se construírem projetos dirigidos especificamente a este grupo, bem como para os mais idosos, valorizando as atividades tradicionais

Todos os projetos poderão ajudar no desenvolvimento da coesão social e consequentemente contribuir para melhor Qualidade de Vida e Satisfação com o Suporte Social.

Parece pertinente o desenvolvimento de projetos que promovam a participação dos mais idosos, valorizando atividades tradicionais e as mulheres

CONCLUSÕES

Nas conclusões procuramos evidenciar os principais resultados, não se pretendendo esgotar os dados apresentados no corpo do relatório, mas antes despertar a curiosidade para a consulta das matrizes de dados apresentados em anexo.

Acompanhamos as conclusões com algumas recomendações no âmbito da Promoção de Saúde, que poderão ter impacto na longevidade e no aumento de anos de vida sem incapacidade

Os resultados do inquérito orientam para uma amostra com elevado índice de envelhecimento, com mulheres com mais longevidade que os homens. Há mais mulheres viúvas e a viver em famílias monoparentais, o que pode acarretar mais solidão e menor rede de suporte social.

É também nas mulheres que se observa maior prevalência de analfabetismo, entre os mais velhos, mas, simultaneamente, com são o grupo com escolaridade mais elevada entre os mais novos, o que denota o investimento feito na educação formal.

A taxa de ocupação é elevada, com profissões articuladas com o nível de escolaridade, com mais homens com profissões no grupo dos “trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices” e mais mulheres com profissões em atividades intelectuais e científicas, o que pode estar relacionado com o mercado de trabalho na região.

No que se refere à alimentação, a esmagadora maioria dos inquiridos faz três refeições principais, com diversidade alimentar, com elevada prevalência de consumo de fruta e produtos hortícolas, o que poderá estar relacionado com a acessibilidade e disponibilidade destes recursos. Já quanto às refeições intercalares cerca de ¼ dos homens não faz.

Comparativamente com os homens, há mais mulheres que referem consumir sopa, frutas e legumes, podendo estar relacionado com mais informação sobre as suas vantagens para a saúde.

O consumo de álcool é elevado, com predomínio do vinho, sendo mais frequente nos homens. Este consumo é comum fora das refeições principais, o que será influenciado pela acessibilidade e contexto económico e cultural da região.

No entanto, nos mais idosos, a proporção de mulheres que refere consumir álcool é superior à dos homens.

Observa-se elevada prevalência de homens com pré-obesidade e de mulheres obesas.

No domínio da alimentação é relevante a implementação de projetos que estimulem e incentivem o consumo de produtos autóctones, nomeadamente frutas e legumes, preferencialmente orientados para a população masculina. Cumulativamente torna-se importante intervir ao nível da diminuição do consumo de álcool, promovendo consumos mais moderados.

A adesão à atividade física é elevada o que estará bastante relacionada com a atividade laboral. A intervenção deve orientar-se para a atividade física lúdica e direcionada para a população mais sedentária.

As doenças crónicas estão presentes desde a idade adulta, o que leva as pessoas a viverem um elevado número de anos de vida com incapacidade. Se algumas doenças são assintomáticas, outras acarretam elevado sofrimento físico e psicológico.

A doença crónica tem elevada prevalência, sendo mais frequente a Hipertensão Arterial, seguida da Diabetes, da Doença Reumática e da Dor Crónica.

Em relação aos homens, nas mulheres há maior prevalência de perturbações da saúde mental, como a ansiedade, o stress e a depressão, sendo prioritário o investimento em projetos no âmbito da promoção da saúde mental positiva, preferencialmente orientados para as mulheres, uma vez que apresentam maior carga de doença.

De uma forma geral as mulheres apresentam carga de doença superior aos homens, podendo uma das razões ser a longevidade.

A maioria das doenças foi diagnosticada por profissionais de saúde, no entanto na dor crónica, na ansiedade ou na obesidade a confirmação do diagnóstico por profissionais de saúde é menor, podendo estar relacionada com a representação mental das pessoas e eventual menor valorização pelos profissionais de saúde.

Os medicamentos são o principal recurso de tratamento, havendo menos adesão a medidas não farmacológicas em doenças como a Hipertensão Arterial ou a Diabetes. O investimento em medidas não farmacológicas, como programas de atividade física e alimentação, contribuem para um melhor controlo da doença. Assim, programas dirigidos a pessoas com doença, como por exemplo o programa “Diabetes em Movimento”, e outros dirigidos a pessoas saudáveis podem ter um importante contributo para a promoção do bem-estar da população.

A Dependência nas Atividades de Vida Diária aumenta com a idade parecendo existir scripts de género, com homens que parece não terem limitações em algumas tarefas, que poderão não efetuar por razões culturais. De qualquer forma, a dependência moderada e severa está mais presente nas mulheres.

Os Cuidados de Saúde Primários proporcionam um ótimo acesso aos cuidados de saúde, sendo a cobertura por médico de família quase universal. De um modo geral existe facilidade de acesso, sendo a distância, o tempo de espera e a rede de transportes as principais dificuldades reportadas.

Quanto aos Cuidados Preventivos, a vacina da gripe abrange cerca de 65% dos idosos e a taxa de cobertura da vacina antitetânica é quase universal.

Nas medidas de rastreio a vigilância da TA, colesterol e glicemia tem cobertura muito elevada.

Os rastreios do cancro do colo do útero e do cancro da mama na mulher também apresentam adesão elevada. Esta é menor no rastreio do cancro do cólon e reto, sendo a adesão pelos homens superior à das mulheres.

A população inquirida apresenta uma boa perceção de qualidade de vida, diminuindo com a idade e sendo menor nas mulheres. A vitalidade e a perceção de saúde geral são as dimensões que apresentam piores indicadores e a função social os melhores.

Articulando com a Satisfação com o Suporte Social constata-se que esta é elevada, com melhores indicadores nos homens, comparativamente com as mulheres. A dimensão com menores níveis de satisfação é a satisfação social, sendo também onde se observam maiores diferenças entre homens e mulheres, apresentando estas piores indicadores. É na satisfação com a família que os valores são mais elevados, o que denota que nesta sociedade a família é um importante recurso de suporte social, podendo estar relacionado com alguma ruralidade em que os valores da família ainda estão muito presentes.

Estes dados levam-nos a pensar que para esta população, Monção, é um contexto favorecedor de viver uma vida com qualidade e com uma boa rede de suporte social. No entanto, as mulheres, e eventualmente as mais isoladas e com mais incapacidade, necessitam de atenção particular, com projetos de proximidade que alivie a solidão e permita apoio face à incapacidade. É neste sentido que devem ser orientados projetos com orientação da Promoção da Saúde Mental Positiva direcionados para as mulheres.

Os resultados deste inquérito apresentam algumas limitações que condicionam a generalização de resultados, nomeadamente a técnica amostral não probabilística, a impossibilidade de utilizar o método de Kish, tal como estava previsto, a amostra não manter a proporcionalidade quanto ao sexo e grupo etário por freguesia, com a população inquirida a ser maioritariamente adulta e idosa, a extensão do inquérito, ainda que se tenha utilizado a técnica de entrevista para motivar as pessoas a responder, e a maioria das questões ser relativa à perceção das pessoas, não se utilizando medidas de observação objetivas.

Assim, recomenda-se a continuidade desta investigação, com inquéritos mais curtos e com amostras representativas da população.

Para a intervenção os programas e projetos devem ser direcionados para determinantes de saúde relacionados, por exemplo, para a promoção da alimentação saudável visando o aumento do consumo de frutas e legumes e a diminuição do consumo de álcool.

É ainda de investir em programas e projetos de promoção da saúde mental positiva, direcionados e construídos especificamente para as mulheres, devendo ainda ter em consideração

os diferentes grupos etários, uma vez que, as mais velhas e que vivem em agregados unifamiliares poderão estar em maior risco de solidão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO 1

FERREIRA, Pedro Lopes - Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: parte 1 - adaptação cultural e linguística. “**Acta Médica Portuguesa**”. Vol. 13, nº. 1-2 (2000), p. 55-66.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Censos: resultados definitivos: Portugal - 2011**. [em linha]. Lisboa: INE, 2012. [consultado em 20 de setembro de 2020.] Disponível em WWW:https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554.

IPAQ: Guidelines for data processing and analysis of the international physical activity questionnaire. [em linha]. [s.l. : s.n.], 2005. [consultado em 24 novembro de 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnx0aGVpcGFxfGd4OjE0NDgxMDk3NDU1YWRIZTM>>.

PAIS-RIBEIRO, José L.; HONRADO, Ana; LEAL, Isabel - Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. “**Psicologia, Saúde & Doenças**”. Vol. 5, nº2, (2004), p. 229-239.

PAIS-RIBEIRO, José Luis - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). “**Análise Psicológica**”. Série XVII, nº. 3 (set. 1999), p. 547-558.

PATTERSON, Emma - **Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)** [Em linha], atual. 2005. [Consult. 24 nov. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnx0aGVpcGFxfGd4OjE0NDgxMDk3NDU1YWRIZTM>>.

PORDATA. Base de Dados Portugal Contemporâneo – **O seu município em números: Monção**. [em linha]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, [2020]. [consultado em 27 de outubro de 2020.] Disponível em WWW:<https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Mon%c3%a7%c3%a3o-252179>.

REDE PORTUGUESA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS - **Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis**. [em linha]. Seixal: Rede Portuguesa Municípios Saudáveis, [2020]. [consultado em 20 de outubro de 2020.] Disponível em WWW: <http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt>.

SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007. ISBN 978-989-558-092-7.

CAPÍTULO 3

ALVES, Rita C. ; Casal, Susana ; OLIVEIRA, Beatriz – Benefícios do café na Saúde: mito ou realidade?. " **Química Nova**" [em linha]. Vol.38, nº. 8 (2009), p.2169-2180. [consultado em 24 novembro 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.scielo.br/pdf/qn/v32n8/v32n8a31.pdf>>.

CASPERSEN Carl J. ; POWELL, Kenneth E. ; CHRISTENSON, Gregory M. - Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. "**Public Health Reports**". Vol. 100, nº. 2 (mar.-apr., 1985), 126-131.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret - **Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO: strategy paper for Europe**. Stockholm: Institute for futures studies. 2007. ISBN 978-91-85619-18-4

LEADING NUTRITION – **A welcome change to BMI ranges for the elderly**. [em linha]. Camberwell: Leading Nutrition Head Office, [s.d.]. [consultado em 4 novembro 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.leadingnutrition.com.au/elderlybmicchanges/>>.

MARQUES, Alfredo Silva; RIBEIRO, Carlos Alberto; VENDA, Fernando - **Saúde, desporto e enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN 972-8485-48-4

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Norma 30/2012: deteção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool**. Lisboa: DGS, 2014.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Orientação nº 017/2013: avaliação antropométrica no adulto**. Lisboa: DGS, 2013.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Programa nacional para a promoção da alimentação saudável 2018/2019**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2019. [consultado em 4 novembro 2020]. Disponível na WWW:

<URL: https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2019/12/Relato%CC%81rio_PNPAS_2019.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Global recommendations on physical activity for health** [em linha]. Geneve: WHO, 2010. [Consultado em 20 dezembro 2018]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **The 1st International Conference on Health Promotion, Ottaea,1986** [em linha]. Geneve: WHO, 1986. [Consult. 20 setembro 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>>.

CAPÍTULO 4

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - **Livro verde: melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia.** [em linha]. [consultado em 20 de outubro de 2020.]. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias. 2005. Disponível em WWW: <URL:<http://saudementalpt.pt/backoffice/pdfs/c4789ec5dd.pdf>>

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - **Sem mais tempo a perder: saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década.** Lisboa : CNS, 2019.

CRISP, Lord Nigel, coord. – **Um futuro para a saúde: todos temos um papel a desempenhar.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014. ISBN 978-8380-18-0

PAIS-RIBEIRO, José L.; HONRADO, Ana; LEAL, Isabel - Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. **“Psicologia, Saúde & Doenças”**. Vol. 5, nº2, (2004), p. 229-239.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **A Saúde dos portugueses 2016.** Lisboa: DGS. 2019.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Definição da doença crónica.** [em linha]. Lisboa: DGS, 2010. [consultado em 20 de outubro de 2020]. Disponível em WWW: < [URL:http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf)>

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Padrão alimentar mediterrânico: promotor de Saúde**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2016. 40 p. [consultado em 4 de novembro 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/theme/alimentacao-saudavel-e-dieta-mediterranica/>>.

SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007. ISBN 978-989-558-092-7

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Mental health**. [em linha]. Geneve: WHO,[2020]. [consultado em 20 de Outubro de 2020]. Disponível na WWW: <URL: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1>

CAPÍTULO 5

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Norma nº 006/2019: vacinação contra a gripe: época 2019/2020**. Lisboa: DGS, 2019

ROKSUND, Gisle - Cuidados de saúde preventivos. "**Revista Portuguesa de Clínica Geral**". Vol. 27, nº. 5 (set.-out. 2011), p. 466-468

STANHOPE, Marcia ; LANCASTER, Jeanette - **Enfermagem de saúde pública : cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. 7.º ed. Lisboa: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1

CAPÍTULO 6

CANAVARRO, Maria Cristina ; SERRA, Adriano Vaz – **Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. ISBN 978-972-31-1334-1

FERREIRA, Pedro Lopes - Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: parte 1 - adaptação cultural e linguística. "**Acta Médica Portuguesa**". Vol. 13, nº. 1-2 (2000), p. 55-66.

MARTINS, Teresa - **Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-65-4.

ORNELAS, José - **Psicologia Comunitária**. Lisboa: Fim de Século, 2008. ISBN 978-972-754-256-7.

PAIS-RIBEIRO, José Luis - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). **“Análise Psicológica”**.
Vol. 17, nº. 3 (set. 1999), p. 547-558.

