

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.

Inquérito de Saúde com Exame Físico

Relatório do estudo realizado em São Brás de Alportel





Inquérito de Saúde com Exame Físico

Relatório do estudo realizado em São Brás de Alportel

**Departamento de Epidemiologia
Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas
Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.**

Janeiro de 2012

The EHES pilot project has received funding from the European Commission/DG Sanco. The views expressed here are those of the authors and they do not represent Commission's official position.

Índice

Introdução.....	11
Enquadramento do Estudo	13
Objetivos	13
Material e métodos	13
Desenho do estudo	13
População do estudo	13
Local do estudo	13
Desenho da amostra	14
Seleção dos entrevistados	14
Aspetos éticos e deontológicos	15
Implementação do estudo	15
Instrumentos de recolha de dados (Questionários)	15
Treino e formação dos examinadores	17
Trabalho de campo	18
Procedimentos de medição	20
Tratamento dos dados e análise estatística	22
Resultados.....	25
Quem são os participantes?	25
Qual o estado de saúde?.....	26
Autoapreciação do estado de saúde	26
Estado de saúde: <i>manter ou melhorar</i>	29
Doenças crónicas	30
Avaliação funcional da população	33
Quais os valores obtidos através do exame físico?	38
Índice de massa corporal (IMC)	38
Perímetro da cintura e da anca	39
Pressão arterial	40
Análises Bioquímicas.....	41
Quais os cuidados de saúde utilizados?.....	48
Medicamentos	48
Saúde Feminina.....	53
Internamentos hospitalares.....	57

Acesso aos serviços de ambulatório e aos serviços de saúde	59
Avaliação do serviço prestado pelo centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar (USF).....	65
Quais as principais determinantes que influenciam o estado de saúde da população?	66
Consumo de tabaco	66
Consumo de álcool.....	67
Hábitos alimentares	70
Exposição ao sol	72
Rede social de suporte.....	73
Conclusões	81
Referências.....	85

Índice de Quadros

Quadro 1. Distribuição dos selecionados por grupos etários segundo o sexo.....	14
Quadro 2. Áreas temáticas abrangidas pelo Inquérito de Saúde com Exame Físico	16
Quadro 3. Parâmetros físicos, bioquímicos e genéticos abrangidos pelo Inquérito de Saúde com Exame Físico	22
Quadro 4. Caracterização dos participantes por sexo, grupo etário, habilitações literárias, ocupação e estado civil	26
Quadro 5. Distribuição dos respondentes relativamente à autoapreciação do estado de saúde	27
Quadro 6. Distribuição dos respondentes relativamente à autoapreciação do estado de saúde, estratificados por sexo, grupo etário, ocupação e estado civil.....	28
Quadro 7. Distribuição (%) dos respondentes de acordo com o que fez para manter ou melhorar o seu estado de saúde, no último ano	29
Quadro 8. Doenças crónicas mais frequentes (confirmadas pelo médico).....	30
Quadro 9. Distribuição por sexo, grupo etário, habilitações literárias e ocupação dos indivíduos que referiram ter sido diagnosticados por um médico como hipertensos.	31
Quadro 10. Indivíduos que sofrem de doenças crónicas confirmadas por um médico e que afirmam tomar medicamentos prescritos pelo médico para essas mesmas doenças.	32
Quadro 11. História familiar de doença crónica dos indivíduos afetados (familiares em primeiro grau)	33
Quadro 12. Percentagem dos respondentes que referiram possuir limitações nas atividades da vida diária devido a ter pelo menos uma doença crónica por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil	34
Quadro 13. Estatísticas descritivas das medidas do perímetro da anca, cintura e da razão perímetro da cintura/anca, proporção de indivíduos com risco de complicações metabólicas, no total e por sexo.....	40
Quadro 14. Estatísticas descritivas da pressão arterial sistólica e diastólica, proporção de indivíduos com hipertensão, no total e por sexo.	41
Quadro 15. Estatísticas descritivas de parâmetros bioquímicos: glucose, colesterol total, LDL, HDL e triglicéridos, no total e por sexo.....	45
Quadro 16. Estatísticas descritivas de parâmetros bioquímicos: Proteína C Reativa, Creatinina, γ -GT ALT, AST, no total e por sexo.	45
Quadro 17. Estatísticas descritivas do hemograma (hemoglobina, hematócrito, HGM e eritrócitos), no total e por sexo.	46
Quadro 18. Proporção de indivíduos com os parâmetros bioquímicos alterados, no total e por sexo.....	47
Quadro 19. Proporção de indivíduos com os parâmetros bioquímicos alterados, por toma de medicamento, no total e por sexo.	48
Quadro 20. Percentagem dos respondentes que referiram “ter tomado medicamentos prescritos por um médico, nas últimas duas semanas”, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.....	49
Quadro 21. Distribuição (%) dos respondentes por tipo de medicamentos, prescritos pelo médico, que tomou nas últimas duas semanas.....	50
Quadro 22. Distribuição (%) dos respondentes por motivos da interrupção da toma de medicação prescrita por um médico.	50

Quadro 23. Distribuição (%) dos respondentes de acordo com o procedimento adotado após a interrupção da toma da medicação prescrita.	51
Quadro 24. Percentagem dos respondentes que referiram “ter tomado um medicamento não receitado pelo médico”, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.	52
Quadro 25. Distribuição (%) dos respondentes por tipo de medicamentos, não receitados pelo médico, que tomou nas últimas duas semanas.....	53
Quadro 26. Percentagem de mulheres que referiram utilizar pelo menos um método contraceptivo, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.	54
Quadro 27. Distribuição (%) das respondentes que realizaram uma mamografia, por período que decorreu desde a última vez que o fizeram.....	54
Quadro 28. Percentagem de respondentes que referiram ter realizado pelo menos uma mamografia por idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.	55
Quadro 29. Distribuição (%) das respondentes que realizaram uma citologia, por período que decorreu desde a última vez que o fizeram	56
Quadro 30. Percentagem de respondentes que referiram ter realizado pelo menos uma citologia por idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.	56
Quadro 31. Distribuição (%) das respondentes que amamentaram, por período de duração da amamentação ao peito do último filho.	57
Quadro 32. Percentagem de respondentes que foram internados no último ano, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.	58
Quadro 33. Distribuição (%) dos respondentes que foram internados, por frequência de eventos de internamento.	58
Quadro 34. Distribuição (%) dos respondentes que foram internados, por motivo do internamento.	59
Quadro 35. Percentagem de respondentes que foram doentes de ambulatório no último ano, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.	59
Quadro 36. Distribuição (%) dos respondentes, por período que decorreu desde a última vez que consultaram um médico de família no Centro de Saúde	60
Quadro 37. Percentagem dos respondentes, que recorreram a um médico de família no Centro de Saúde nos últimos 12 meses, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.	61
Quadro 38. Distribuição (%) de respostas relativamente ao motivo da última consulta no Centro de Saúde.....	62
Quadro 39. Distribuição (%) dos respondentes, por período que decorreu desde a última vez que consultaram um médico especialista.	62
Quadro 40. Percentagem dos respondentes, que recorreram a um médico especialista nos últimos 12 meses, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.....	63
Quadro 41. Distribuição (%) de respostas relativamente ao motivo da última consulta com um especialista.....	64
Quadro 42. Distribuição (%) dos respondentes por utilização de outros serviços de saúde nos últimos 12 meses.....	64
Quadro 43. Percentagem de respondentes, que avaliaram o serviço prestado no Centro de Saúde/ Unidade de Saúde Familiar como Excelente/Muito Bom/Bom	65
Quadro 44. Comportamentos dos indivíduos face ao consumo de tabaco -Prevalência de fumadores, ex-fumadores e não fumadores.	66

Quadro 45. Prevalência de fumadores por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.	67
Quadro 46. Distribuição (%) dos respondentes fumadores por regularidade de consumo de tabaco.	67
Quadro 47. Comportamento dos indivíduos face ao consumo de álcool nos 12 meses que antecederam a entrevista.....	68
Quadro 48. Percentagem de indivíduos que não consumiram pelo menos uma bebida nos 12 que antecederam a entrevista, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.	68
Quadro 49. Distribuição (%) dos respondentes por tipo de bebida alcoólica consumida (periodicidade de consumo mensal, semanal ou diário).....	69
Quadro 50. Distribuição (%) dos respondentes por frequência com que tomou 6 ou mais bebidas numa única ocasião.....	70
Quadro 51. Distribuição (%) dos respondentes por número de refeições principais que toma habitualmente por dia.....	70
Quadro 52. Percentagem de respondentes por tipo de alimento consumido nas refeições principais, no dia que antecedeu à entrevista.....	71
Quadro 53. Distribuição (%) dos respondentes por número de vezes que come fora das refeições principais	72
Quadro 54. Distribuição dos respondentes de acordo com a utilização de proteção solar durante uma exposição igual ou superior a 30 minutos, entre Junho e Setembro.	72
Quadro 55. Nº de pessoas próximas a quem socorrer em caso de um problema pessoal grave.....	73
Quadro 56. Percentagem dos respondentes que referiram possuir entre 1 a 2 pessoas na sua rede de suporte por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil	74
Quadro 57. Valores médios, mínimos e máximos do <i>score</i> qualidade por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.	77
Quadro 58. Percentagem de respondentes que classificam como boa/muito boa a sua qualidade de vida segundo o sexo, a idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.	78
Quadro 59. Percentagem de respondentes que se encontravam em sofrimento psicológico o sexo, a idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.	80

Índice de Figuras

Figura 1. Esquema representativo do processo de medição e inquirição.....	20
Figura 2. Distribuição (%) dos respondentes – existência de limitações nas AVD	34
Figura 3. Grau de limitação AVD	35
Figura 4. Atividades pessoais da vida diária – higiene pessoal e alimentação.....	35
Figura 5. Atividades pessoais da vida diária – mobilidade	36
Figura 6. Atividades instrumentais da vida diária.....	37
Figura 7. Grau de incapacidade dos respondentes, em situação de incapacidade, segundo a natureza das atividades da vida diária	38
Figura 8. Distribuição do Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes por sexo	39
Figura 9. Distribuição das respostas segundo o tipo de contraceptivo utilizado.	53
Figura 10. Frequência de consumo de bebidas alcoólicas.....	69
Figura 11. O papel das redes sociais de suporte	76
Figura 12. Distribuição dos respondentes de acordo com o sofrimento psicológico, Mental Health Index (MHI) e proporção de respondentes com MHI<52 por sexo.....	79

Introdução

O “**Inquérito de Saúde com Exame Físico (INSEF)** - *Componente nacional do Inquérito Europeu de Saúde com Exame Físico (European Health Examination Survey - EHES)* tem como objetivo a elaboração de um diagnóstico epidemiológico da situação de saúde da população residente em Portugal, através da descrição do seu estado de saúde, dos determinantes (utilizando dados clínicos, bioquímicos e genéticos) e da utilização de cuidados de saúde, oferecendo um contributo relevante para o planeamento da saúde e a investigação em Portugal.

A pertinência deste inquérito reside na possibilidade de aliar, num só estudo epidemiológico, uma análise rigorosa do estado de saúde geral da população portuguesa, os seus determinantes e a utilização de cuidados de saúde, com recurso a entrevista, a um exame físico (peso, altura e tensão arterial) e a colheita de materiais biológicos.

Este projeto é financiado pela União Europeia e desenvolvido por uma equipa de investigadores do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Deste projeto Europeu fazem parte 22 países, 14 dos quais encontram-se na fase piloto.

A fase piloto decorreu entre 2010-2011 e teve como desafio avaliar a capacidade dos vários países participantes em construir uma infraestrutura nacional capaz de implementar um Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico a decorrer entre 2014-2015.

Para responder a esse desafio o Departamento de Epidemiologia, em colaboração com o Departamento de Promoção da Saúde e das Doenças Crónicas, do INSA, encetou uma estratégia conjunta de articulação no sentido de tornar possível a implementação da fase piloto.

Ainda que o planeamento do INSEF seja definido centralmente pelo Departamento de Epidemiologia, este tem sido desenvolvido de forma descentralizada, através da criação de uma infraestrutura nacional, representada pelas Administrações Regionais de Saúde. A fase piloto do INSEF decorreu na região do Algarve, no Centro de Saúde São Brás de Alportel, e assentou nos pressupostos característicos de um processo de investigação-ação, que se foi construindo no trabalho de campo, detetando problemas e testando diferentes estratégias de

ação, de modo a definir um plano de melhoria para a 2ª fase da implementação do inquérito regional¹.

O presente relatório tem como objetivo apresentar alguns dos principais resultados que permitem tecer um diagnóstico de saúde da população de São Braz de Alportel, repartindo-se em cinco partes:

Quem são os participantes? – Pretende-se descrever a sociografia dos respondentes segundo o sexo, a idade, a profissão, as habilitações literárias e a situação perante o trabalho;

Qual o seu estado de saúde? Contemplou variáveis como a autoapreciação do estado de saúde e as 10 mais frequentes doenças crónicas. Neste ponto inclui-se igualmente a avaliação funcional dos respondentes como consequência do impacto da doença crónica;

Quais os valores obtidos através do exame físico? Pretendeu-se calcular o índice de massa corporal (com base na medição do peso e altura), medir o perímetro da cintura e da anca, os valores médios da pressão arterial e os valores médios do colesterol, glicemia e glucose no sangue;

Quais os cuidados de saúde utilizados? Neste capítulo pretende-se, por um lado, identificar os cuidados preventivos, nomeadamente relativamente à medicação utilizada e aos cuidados preventivos na saúde feminina (realização e periodicidade dos exames). Por outro lado, na análise da acessibilidade aos cuidados de saúde inclui-se os internamentos (nº vezes de internamento, nº noites), as razões de internamento, o acesso aos serviços de ambulatório e aos serviços de saúde. Aliado aos cuidados de saúde, pretendeu-se, de igual modo, obter o grau de satisfação dos respondentes relativamente aos mesmos;

Quais as principais determinantes que influenciam o estado de saúde da população? Como determinantes definidos destacam-se o consumo de tabaco e de álcool, os hábitos alimentares e a exposição ao sol, fatores que se relacionam diretamente com os estilos de vida adotados. Associado aos determinantes, surge o papel dos contextos sociais, qual a rede de suporte social dos respondentes, de que forma os indivíduos percecionam a sua qualidade de vida e qual o seu nível de sofrimento psicológico. Estas e outras são algumas das principais questões que o presente relatório procurou responder.

¹ Para mais desenvolvimentos vide DEP (2011) “Os primeiros passos do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em Portugal - Resultados preliminares da fase piloto”.

Enquadramento do Estudo

Objetivos

O Inquérito de Saúde com Exame Físico (INSEF - Componente nacional do Inquérito Europeu de Saúde com Exame físico -EHES) tem como objetivo construir conhecimento científico sobre a saúde da População residente em Portugal, disponibilizando informação que apoie as atividades de planeamento e avaliação em saúde e, assim, potenciar a adequação das políticas nacionais às necessidades de bem-estar da população. Constitui também um objetivo deste trabalho proceder a um diagnóstico de saúde da população de São Brás de Alportel, que possibilite caracterizar o estado de saúde da população residente, os seus fatores determinantes e a utilização de cuidados de saúde e caracterizar esta população a nível antropométrico, hematológico, bioquímico e genético.

Material e métodos

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional, transversal, descritivo com recolha de dados através de questionário, exame físico e análise laboratorial de materiais biológicos.

População do estudo

A população-alvo foi constituída por pessoas residentes na Região do Algarve, nomeadamente os utentes do serviço Nacional de Saúde (SNS) do Centro de Saúde (CS) de São Brás de Alportel e com idade superior a 25 anos.

Local do estudo

O CS de São Brás de Alportel foi selecionado como o CS que reunia melhores condições para a implementação desta primeira fase: pela maior proximidade física à Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS Algarve) e por ser um CS com algumas características que o tornam um caso-tipo de um centro que desenvolve um trabalho próximo com a comunidade local.

A ARS do Algarve constituiu uma das regiões que demonstrou, desde logo, um maior interesse em encetar uma estratégia de parceria com o INSA, de modo a implementar a fase piloto e, posteriormente, o inquérito regional. Analogamente a disponibilidade, desde logo,

demonstrada por parte da direção do CS em ceder recursos logísticos e humanos foi certamente um fator decisivo para a escolha do local onde o estudo se viria a realizar.

Deste modo, foi criada uma infraestrutura constituída pelos elementos da equipa central do INSA e pela equipa regional do Algarve, de modo a discutir, desde o início da fase de planeamento, o processo de aplicação, os instrumentos e a preparação e organização do trabalho de campo. Nesta infraestrutura estavam presentes representantes do Departamento de Saúde Pública da ARS – Algarve, bem como do Laboratório Regional de Saúde Pública Dra. Laura Ayres.

Desenho da amostra

Seleção dos entrevistados

A seleção dos participantes foi feita a partir das listas de utentes do SNS do CS de São Brás de Alportel e foi calculada uma amostra aleatória de 600 pessoas, três vezes superior ao número pretendido (200 pessoas). O método de amostragem baseou-se numa amostragem estratificada pela variável sexo.

Quadro 1. Distribuição dos selecionados por grupos etários segundo o sexo

Grupos etários	Sexo				Total
	F	%	M	%	
25-34	46	15,3	55	18,3	101
35-44	72	24,0	60	20,0	132
45-54	52	17,3	55	18,3	107
55-64	34	11,3	44	14,7	78
65-74	36	12,0	41	13,7	77
75-84	42	14,0	35	11,7	77
>=85	18	6,0	10	3,3	28
Total	300	100,0	300	100,0	600

Os participantes selecionados foram contactados por carta – convite com dois envios postais sucessivos:

1) Um primeiro envio postal, duas semanas antes da semana prevista para a recolha dos dados, explicando o estudo e solicitando colaboração (carta-convite com um folheto informativo);

2) Um segundo envio postal, no espaço de uma semana, indicando o local e dia para a entrevista e exame físico, explicitando o tempo de duração.

Na mesma semana procedeu-se a um contacto telefónico, a fim de assegurar a máxima participação e planear possíveis alterações de datas. Este contacto telefónico serviu também para recolher informação mínima sobre os motivos da não participação, estado de saúde e fatores determinantes.

Aspetos éticos e deontológicos

O protocolo científico do estudo foi submetido à Comissão de Ética do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, o qual teve parecer positivo. Em simultâneo, foi efetuado um pedido de autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados, tendo-se obtido igualmente um parecer positivo.

A colheita, armazenamento e utilização de dados e/ou amostras biológicas humanas foi efetuada de acordo com os procedimentos legais, de forma a manter a privacidade e confidencialidade dos participantes, obedecendo aos requisitos éticos e legais.

Todos os participantes que concordaram em participar no estudo deram o seu consentimento informado por escrito.

Implementação do estudo

Instrumentos de recolha de dados (Questionários)

As principais áreas de inquirição do INSEF seguem as recomendações internacionais e nacionais, nomeadamente as preconizadas para o EHES, propostas pelo *projeto FEHES*², as utilizadas pelo *4º Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006)* e outros instrumentos selecionados pelo INSA e pela ARS que participou neste estudo.

O INSEF inclui um conjunto de *medidas e testes antropométricos* (peso, altura), *clínicos* (pressão arterial, ritmo cardíaco), *bioquímicos* (colesterol, glicemia) e um questionário por entrevista. Inclui também a recolha de material biológico (plasma, soro e DNA) para armazenamento num biobanco.

Os questionários aplicados abrangeram cinco áreas temáticas, apresentadas no Quadro 2.

² KTL (2008), "*Recommendations for the Health Examination Surveys in Europe*", Helsinki, FEHES.

Quadro 2. Áreas temáticas abrangidas pelo Inquérito de Saúde com Exame Físico

	Indicadores
Fatores demográficos e socioeconómicos	<p>Caracterização sociodemográfica do inquirido: Sexo, idade, data de nascimento, informação genealógica, nacionalidade, naturalidade, locais de residência, habilitações literárias, nº de anos de frequência escolar, condição perante o trabalho, profissão, situação na profissão, natureza do contrato, regime de trabalho, setor de atividade, rendimentos do agregado familiar (global e individual).</p> <p>Caracterização do agregado doméstico (nº de pessoas a residir no agregado familiar, composição do agregado familiar, o nº de jovens com menos de 18 anos).</p>
Estado de saúde/ doenças	<p>Caracterização do estado de saúde/ doenças crónicas/ agudas:</p> <p>Do inquirido: auto perceção do estado de saúde; as doenças crónicas consideradas com duração superior a 6 meses e 12 meses e com diagnóstico feito por um médico.</p> <p>Para a saúde mental foi utilizado o indicador de saúde mental (MHI-5) - sofrimento psicológico, já utilizado no 4º INS.</p> <p>Avaliação funcional teve como objetivo conhecer o grau de incapacidade nas atividades da vida diária (atividades pessoais e instrumentais da vida diária). As atividades pessoais incluem a alimentação, higiene pessoal, mobilidade, medicação, entre outras, enquanto as instrumentais às tarefas domésticas, acompanhamento a consultas/assuntos administrativos, entre outras.</p> <p>Utilização da medicação visou conhecer a medicação utilizada, nas últimas duas semanas, e para que tipo de doença. O consumo de medicamentos distingue os que são receitados por um médico e os que resultam de automedicação, que tanto podem ser medicamentos, como suplementos e/ou vitaminas.</p> <p>Saúde Feminina visa conhecer a data da primeira menstruação, o uso de contraceptivos orais e a utilização de terapia de substituição hormonal.</p>
Determinantes em saúde	<p>Consumo de tabaco: abrange os hábitos tabágicos diários, número médio de cigarros consumidos por dia, número de anos de consumo e a exposição ao fumo em locais fechados (casa, cafés, restaurantes, discotecas, locais de trabalho e outros).</p> <p>Consumo de álcool: Consumo nos últimos 12 meses de bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, licores, espirituosas e outras), número de consumos/12 meses, consumo diário dessas bebidas nos últimos 7 dias anteriores à entrevista e 6 ou mais consumos de bebidas numa ocasião/12 meses.</p> <p>Hábitos alimentares: caracterização dos hábitos alimentares: carne, peixe, vegetais, hidratos de carbono, laticínios, frutas, doces, salgados, molhos, sal, e consumo de estimulantes (chá e café), entre outros, número de refeições consumidas/diariamente e hábitos alimentares fora das refeições.</p>

Quadro 2. Áreas temáticas abrangidas pelo Inquérito de Saúde com Exame Físico (cont.)

Determinantes em saúde	<p>Atividade física: nos indivíduos não confinados à cama ou à cadeira, prática de atividade física (trabalho, tempos livres) e regularidade da atividade física.</p> <p>Exposição aos raios UV: tempo de exposição ao sol por dia e utilização ou não de protetor solar.</p> <p>Suporte social: número de pessoas que fazem parte da rede social e os elementos de suporte disponíveis (família, amigos, outros) em caso de doença, apoio pessoal, tristeza/depressão, ajuda nas tarefas domésticas, administrativas, entre outras.</p>
Cuidados de saúde	<p>Utilização de serviços: número de hospitalizações nos últimos 12 meses, nº de dias de hospitalização (noites e estadias ambulatorias); razão para a não hospitalização; regularidade e número de consultas/médico de família, razões da consulta/médico de família; tempo de espera pela consulta/médico de família; tempo de espera para ser atendido pela consulta/médico de família; local da consulta, avaliação da qualidade da consulta/médico de família; regularidade e número de consultas/especialista; razões da consulta/especialista; razões do não recurso a consulta/especialista.</p> <p>A utilização de serviços abrange também, nos últimos 12 meses, o recurso a laboratórios/exames médicos; serviços de reabilitação, nutricionista, psicologia e medicinas alternativas (osteopatia, quiropraxia, acupunctura, outras), bem como outros serviços de âmbito social (serviços de apoio domiciliário com cuidados de enfermagem, refeições, trabalhos domésticos, transportes, outros).</p>

Treino e formação dos examinadores

Num inquérito com as características do INSEF, impunha-se um processo formativo, desde logo, alicerçado, numa metodologia participada, que visasse a abordagem dos procedimentos técnicos definidos para cada fase do inquérito.

Foi construído para o efeito um *manual de formação* que contém os objetivos pedagógicos, a organização da sessão (conteúdos abordados, atividades desenvolvidas, métodos, duração), e avaliação da sessão.

O processo global de formação desenrolou-se em 4 dias, intercalados por duas semanas.

A *1ª ação de formação* contemplou uma primeira *parte introdutória* (com a duração de 3 horas) com o objetivo de preparar a equipa sobre a conceptualização do inquérito:

- EHES (*European Health Examination Survey*): os seus objetivos, sua relevância, métodos e medidas obrigatórias, padronização dos procedimentos (formação e controlo da qualidade);

- INSEF (Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico), os objetivos nacionais, as variáveis em análise (físicos, bioquímicos, genéticos, antropométricos, comportamentais e sociais) e os resultados esperados.

A *segunda parte do módulo introdutório* visou a descrição geral do processo, desde a seleção dos participantes (envio da carta convite, a convocatória e o contacto telefónico) até às diferentes estratégias comportamentais a adotar perante os não-participantes. A descrição geral do processo de aplicação implicou abordar temas como, a rotina diária relativa à preparação do material/equipamento, receção dos participantes (informações gerais e o consentimento informado) e o exame físico (medições e colheita de sangue).

Após o enquadramento do inquérito, os módulos abordados foram subdivididos em dois (colheita de sangue e exame físico), cada um com a duração de 3 horas de formação. Em ambos os módulos utilizou-se a mesma metodologia: a descrição teórica dos procedimentos, o preenchimento das folhas de registo e exercícios práticos (*role play*). Cada módulo teve como material de apoio as diferentes especificações técnicas relativas ao exame físico (altura, peso, perímetro da cintura/anca e pressão arterial) e à colheita de sangue.

A *segunda ação de formação* desenrolou-se em dois dias, totalizando 6 horas formativas. Um primeiro módulo teve como objetivo abordar as regras básicas de inquérito de saúde e a composição dos dois questionários (autoadministrado e administrado por um profissional de saúde), com o intuito de abordar os objetivos, sua composição e regras de preenchimento. Cada questionário foi precedido por uma componente descritiva, sucedida por exercícios práticos (*role play*), testados entre os vários formandos.

O último dia da formação teve como objetivo proceder ao ensaio geral de uma experiência piloto, desde a receção do participante até à realização dos exames, entrevista por questionário. Este ensaio foi filmado e discutido de forma interativa pelo grupo de formandos de modo a identificar dificuldades, incorreções, dúvidas e pontos de melhoria a implementar durante a fase piloto.

Trabalho de campo

O trabalho de campo decorreu entre dia 24 de Maio a 2 de Julho de 2010. Durante um mês e uma semana, nos dias úteis, as atividades iniciavam-se pelas 8.00h e decorriam até às 12.00h.

Durante o trabalho de campo foi construído um *diário de campo*, onde foram sendo registados todos os problemas identificados, estratégias de ação testadas. O controlo diário dos participantes, o número de pessoas contactadas, razões para a não participação ou desistência foram alguns dos *itens* contemplados no diário. No diário de campo foram também registadas observações de cariz comportamental dos entrevistados (reações, frases, motivações). Para além do registo diário do número de participantes foram efetuadas folhas de registo com a duração média por entrevistado de todas as fases do inquérito (desde o consentimento informado até à entrevista).

Foram criadas folhas de registo para todos os equipamentos (balança, estadiómetro e esfigmomanómetro com a data, verificação e recalibração do equipamento, alterações efetuadas e observações) para identificar possíveis desvios de valores nos equipamentos.

A equipa local era constituída por duas enfermeiras do Centro de Saúde São Brás de Alportel, responsáveis pela apresentação do consentimento informado, exame físico e entrevista. Foi destacado um técnico do laboratório regional do Algarve para a colheita de sangue.

Para as convocações, controlo da lista de participantes, contactos telefónicos (para os não participantes) foi destacada uma administrativa, que em simultâneo, em sistema de *roulement* com uma 2ª administrativa, tinham por função a receção do participante, encaminhamento e controlo do circuito individual de cada fase do inquérito. Para além destes 2 elementos, uma terceira administrativa, foi destacada e formada para apoiar no questionário de autopreenchimento, sempre que surgissem situações de grande afluência de participantes analfabetos ou participantes com problemas de visão.

Diariamente, após obtenção do consentimento informado escrito, cada participante seguia um processo de medição e inquirição, conforme descrito na Figura 1.

A aplicação do questionário era normalmente iniciada pelo profissional de saúde, seguindo o preenchimento do questionário autoadministrado. Em dias com maior afluência de participantes, a ordem das atividades foi alterada e flexibilizada de acordo com a disponibilidade da equipa.

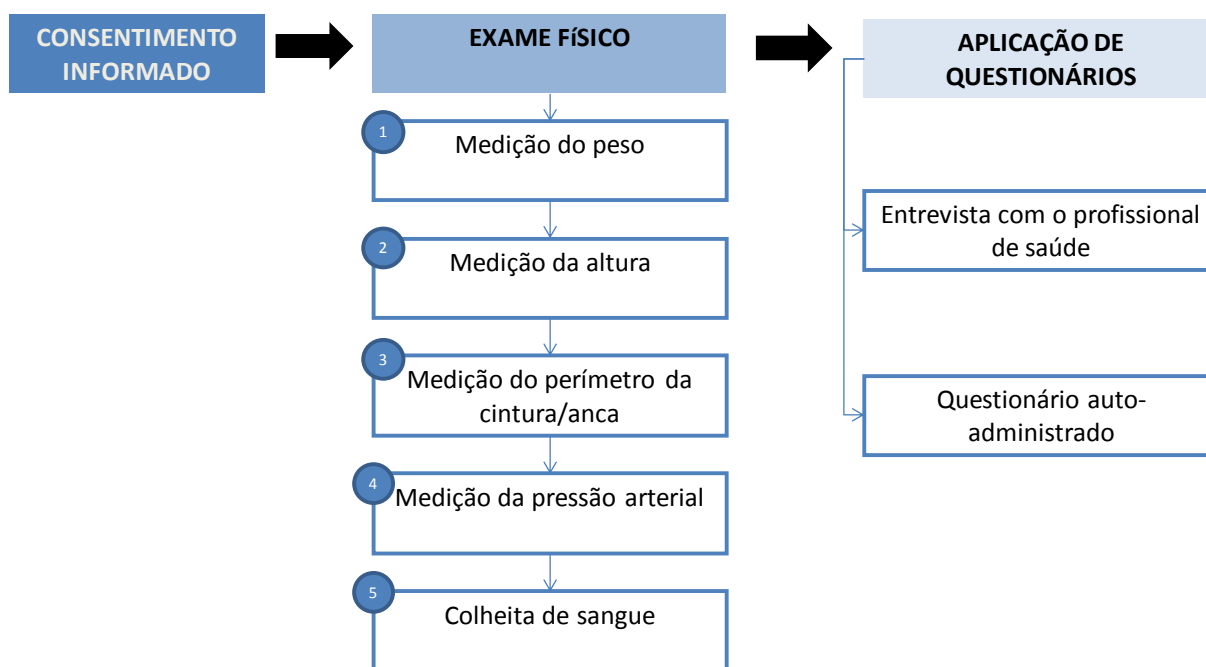


Figura 1. Esquema representativo do processo de medição e inquirição.

Procedimentos de medição

As medições antropométricas (peso, altura, pressão arterial) e bioquímicas foram efetuadas de acordo com os procedimentos específicos de medição criados para o efeito pela equipa coordenadora do INSA. Estes procedimentos tiveram como base as recomendações propostas pelo projeto FEHES. As equipas regionais foram treinadas de acordo com os procedimentos definidos pela equipa do INSA, tal como referido no capítulo “Treino e formação dos examinadores”.

- **Peso:** O peso foi medido estando o participante sem os sapatos e roupa pesada (p. ex. casacos, sobretudos, chaves). Foi igualmente solicitado aos participantes para esvaziar os bolsos. A medição do peso foi efetuada com o participante localizado no centro da plataforma de pesagem, com o peso distribuído em ambos os pés.
- **Altura:** Na medição da altura, os participantes foram convidados a permanecer de pé virados de costas para a escala do estadiómetro, de pés juntos e a olhar em frente. A posição correta para ser medida a altura consistia em ter a parte de trás da cabeça, costas, glúteos, gêmeos e calcanhares a tocar o estadiómetro.
- **Pressão arterial:** Para a medição da pressão arterial foi necessário que o participante não tivesse vestuário justo, estivesse calmo e sentado durante 5 minutos, antes da medição. A braçadeira do aparelho foi colocada sobre a zona superior do braço,

estando o braço a descoberto. O participante foi convidado a manter-se na posição sentada com os braços e costas apoiadas na cadeira. A medição foi efetuada no braço direito, e só em caso de impedimento, é que a mesma era feita no braço esquerdo e os motivos do constrangimento anotados. A medição foi repetida três vezes, com um intervalo de um minuto entre cada medição.

- **Perímetro da cintura e da anca:** Os perímetros da cintura e da anca foram medidos após o participante remover o seu vestuário, mantendo a roupa interior. A medição era feita com o participante de pé, com um intervalo de 12 a 15 cm entre os pés, para que o peso estivesse igualmente distribuído pelas duas pernas. A leitura da medição processava-se após a expiração, estando a fita métrica na posição horizontal e solta o suficiente de modo a que o entrevistador pudesse colocar um dedo entre a fita métrica e a cintura/anca do participante.

Colheita de sangue: As amostras eram colhidas após um período de jejum de pelo menos 8 horas e no máximo 14 horas. A colheita de sangue foi efetuada com o participante sentado e sem pulseiras, relógios ou qualquer peça de roupa apertada que pudessem restringir a zona superior do braço esquerdo. Durante a colheita de sangue, o braço encontrava-se confortavelmente apoiado numa almofada ou noutro tipo de suporte. A colheita de sangue do estudo piloto do Inquérito de Saúde com Exame Físico (INSEF) envolveu a colheita de um total de 20.5 ml de sangue total de cada participante, distribuído pelos seguintes tubos: Vacutainer SST™ (para separação de soro, 8.5ml), Vacutainer Fluoride (para medição dos níveis de glucose no sangue 2.0 ml), Vacutainer K₃EDTA (para separação de plasma, hemograma e extração de DNA, 2x4ml + 2ml). Os técnicos receberam formação sobre a colheita de amostras de sangue utilizando o sistema Vacutainer® e sobre os aspetos relativos à segurança e saúde e bem-estar dos participantes.

Os parâmetros biológicos estudados encontram-se no Quadro 3.

Quadro 3. Parâmetros físicos, bioquímicos e genéticos abrangidos pelo Inquérito de Saúde com Exame Físico

Parâmetros antropométricos	Peso Altura Perímetro da cintura e da anca Pressão arterial
Parâmetros hematológicos e bioquímicos	Hemograma completo Proteína C reativa Glicemia Creatinina Colesterol total Lipoproteína de alta densidade (HDL) Lipoproteína de baixa densidade (LDL) Triglicéridos Gama glutamil transferase (GGT) Alanina aminotransferase (ALT) Aspartato aminotransferase (AST)
Parâmetros genéticos:	Frequências alélicas de genes que codificam proteínas envolvidas nas seis principais vias fisiológicas e consequentemente relevantes do ponto de vista da saúde pública, mais especificamente: <ul style="list-style-type: none"> • Metabolismo dos nutrientes, com ênfase no metabolismo dos lípidos; • Resposta imunitária e inflamatória; • Metabolismo xenobiótico; • Reparação do DNA; • Hemostase; • Stress oxidativo.

Tratamento dos dados e análise estatística

Os dados colhidos em suporte de papel, foram posteriormente inseridos numa base de dados construída no programa Microsoft Office Access 2007. De seguida a base de dados foi submetida a um processo de validação da congruência.

Primeiramente descreveu-se a amostra no que respeita às características sociodemográficas dos inquiridos.

Para as variáveis categoriais foram calculadas frequências absolutas (contagens) e relativas (apresentadas na forma de percentagem). As variáveis quantitativas, foram descritas essencialmente através de medidas de tendência central (médias e medianas) e de medidas de dispersão (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão).

Em algumas variáveis de maior relevância, procedeu-se à desagregação pelas categorias das seguintes variáveis: sexo, grupos etários, nível de instrução, ocupação e estado civil. Para testar a associação (ou independência) com estas variáveis foi utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson, ou em alternativa o teste exato de Fisher.

O teste paramétrico t-student, ou a alternativa não paramétrica, o teste de Mann-Whitney, foram utilizados para testar os valores de tendência central entre duas amostras independentes. Em caso de mais de duas amostras independentes, foi utilizado a ANOVA, ou a alternativa não paramétrica, o teste de Kruskal-Wallis.

Foram calculados intervalos de confiança a 95% para as proporções e para as médias.

Foi estabelecido em 5%, o nível de significância dos testes, tendo-se rejeitado a hipótese nula, quando a probabilidade de significância do teste (p value) foi inferior a este valor.

Foi utilizado o *software* estatístico, IBM SPSS versão 19.0.

Resultados

Neste relatório, optou-se por apresentar os resultados relativos a algumas variáveis que permitem conhecer as características sociodemográficas da população (*Quem são os participantes*); as principais doenças, estado de saúde e avaliação funcional (*Qual o seu estado de saúde*); resultados das medições antropométricas, da pressão arterial e parâmetros biológicos (*colesterol total, LDL, HDL e glucose*); os cuidados preventivos das mulheres, acesso aos serviços de saúde, internamentos hospitalares e consumo de medicamentos prescritos e não prescritos (*Quais os cuidados de saúde utilizados*) e determinantes e fatores de risco (*Quais as principais determinantes que influenciam o estado de saúde da população*).

Quem são os participantes?

Os inquéritos realizados e as medições antropométricas abrangeram indivíduos com idade superior a 25 anos. Foram realizadas, com sucesso, 221 entrevistas, o que corresponde a uma taxa de resposta de 36,8%.

No Quadro 4 apresenta-se a distribuição dos participantes (221) segundo algumas variáveis sócio demográficas. Constatou-se que os respondentes eram maioritariamente mulheres (57,9%), 38,5% tinham 65 e mais anos, com uma escolaridade básica (58,3%), essencialmente trabalhadores não ativos (59,2%) e com um estado civil casado/união de facto (72,3%).

Quadro 4. Caracterização dos participantes por sexo, grupo etário, habilitações literárias, ocupação e estado civil

	n	%	% s/inf	IC95%
Total	221			
Sexo	221		-	
Masculino	93	42,1		(32,1; 52,1)
Feminino	128	57,9		(49,3; 66,5)
Grupos etários	221		-	
25-44	65	29,4		(18,3; 40,5)
45-64	71	32,1		(21,2; 43)
≥ 65	85	38,5		(28,2; 48,8)
Nível de instrução	211		4,5	
Sem escolaridade	38	18,0		(5,8; 30,2)
Ensino básico	123	58,3		(49,6; 67)
Ensino secundário	31	14,7		(2,2; 27,2)
Ensino superior	19	9,0		(0; 21,9)
Ocupação	211		4,5	
Ativa	86	40,8		(30,4; 51,2)
Não ativa	125	59,2		(50,6; 67,8)
Estado Civil	220		0,5	
Solteiro(a)	21	9,5		(0; 22)
Casado (a)/ União de Facto	159	72,3		(65,3; 79,3)
Divorciado(a)	14	6,4		(0; 19,2)
Viúvo(a)	26	11,8		(0; 24,2)

n - número de registos válidos

A análise do estado de saúde comporta um conjunto de indicadores que visam caracterizar a autoapreciação do estado de saúde da população inquirida, identificando, para isso, as 10 doenças crónicas mais frequentes. Neste ponto inclui-se, igualmente, a avaliação funcional dos respondentes, consequência do impacto da doença crónica e do surgimento de limitações físicas, refletidas nas atividades da vida diária.

Qual o estado de saúde?

Autoapreciação do estado de saúde

No Quadro 5 apresentam-se resultados sobre a auto-perceção do estado de saúde da população inquirida.

Quadro 5. Distribuição dos respondentes relativamente à autoapreciação do estado de saúde

	n	%	% s/inf.	IC95%
Total	220		0,5	
Muito Bom	8	3,6		(0; 16,5)
Bom	83	37,6		(27,2; 48)
Razoável	113	51,4		(42,2; 60,6)
Mau	13	5,9		(0; 18,7)
Muito Mau	3	1,4		(0; 14,7)

n - número de respostas válidas

Relativamente à autoapreciação do estado de saúde, 51,4% dos participantes avalia o seu estado de saúde como razoável, 41,2% como bom ou muito bom e apenas 7,3% dos participantes avalia o seu estado de saúde como mau ou muito mau. No Quadro 6 podemos observar com mais detalhe a desagregação desta distribuição por sexo, grupo etário, ocupação e estado civil.

Quadro 6. Distribuição dos respondentes relativamente à autoapreciação do estado de saúde, estratificados por sexo, grupo etário, ocupação e estado civil.

	n	Muito bom/Bom % (IC 95%)	Razoável % (IC 95%)	Mau/Muito Mau % (IC 95%)	% s/inf.	p
TOTAL	220	41,4	51,4	7,3	0,5	
Sexo					0,5	0,610 ^b
Masculino	93	45,2 (35,1; 55,3)	48,4 (38,2; 58,6)	6,5 (1,5; 11,5)		
Feminino	127	38,6 (28,7; 48,5)	53,5 (43,4; 63,6)	7,9 (2,4; 13,4)		
Grupos etários					0,5	<0,001 ^b
25-44	65	63,1 (51,3; 74,8)	36,9 (25,2; 48,7)	0,0 [#] -		
45-64	71	42,3 (30,8; 53,7)	54,9 (43,4; 66,5)	2,8 [#] (0; 6,7)		
≥ 65	84	23,8 (14,7; 32,9)	59,5 (49; 70)	16,7 (8,7; 24,6)		
Nível de instrução					5,0	<0,001 ^b
Sem escolaridade	37	13,5 [#] (2,5; 24,5)	64,9 (49,5; 80,2)	21,6 (8,4; 34,9)		
Ensino básico	123	40,7 (32; 49,3)	53,7 (44,8; 62,5)	5,7 (1,6; 9,8)		
Ensino secundário	31	61,3 (44,1; 78,4)	38,7 (21,6; 55,9)	0,0 [#] -		
Ensino superior	19	68,4 (47,5; 89,3)	31,6 (10,7; 52,5)	0,0 [#] -		
Ocupação					5,0	0,018 ^b
Ativa	86	51,2 (40,6; 61,7)	45,3 (34,8; 55,9)	3,5 (0; 7,4)		
Não ativa	124	33,9 (25,5; 42,2)	55,6 (46,9; 64,4)	10,5 (5,1; 15,9)		
Estado Civil					0,9	0,031 ^b
Solteiro(a)	21	57,1 (36; 78,3)	42,9 (21,7; 64)	0,0 [#] -		
Casado(a)/ União de Facto	158	41,1 (33,5; 48,8)	51,9 (44,1; 59,7)	7,0 (3; 10,9)		
Divorciado(a)	14	57,1 (31,2; 83,1)	42,9 (16,9; 68,8)	0,0 [#] -		
Viúvo(a)	26	19,2 [#] (4,1; 34,4)	61,5 (42,8; 80,2)	19,2 [#] (4,1; 34,4)		

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

Estado de saúde: *manter ou melhorar*

As medidas preventivas mais utilizadas pelos respondentes para manter ou melhorar o seu estado de saúde referem-se em primeiro lugar, à adoção de uma alimentação saudável (79,6%), conviver com a família e com os amigos (77,8%), possuir cuidados de higiene oral (72,4%) e medir a pressão arterial (64,7%) (Quadro 7). Outras das medidas mencionadas pelos respondentes, no âmbito dos cuidados preventivos da saúde, dizem respeito à medição do nível de colesterol (46,2%), à ida ao médico regularmente (45,2%), à realização de rastreios regulares (34,4%) e aos exames de rotina (35,3%).

Outras categorias referidas pelos respondentes que contribuíram para manter/melhorar o estado de saúde referem-se aos estilos de vida saudáveis, tais como ter uma vida saudável ao ar livre (60,2%) e fazer exercício físico (40,7%).

Apenas uma ínfima percentagem de respondentes (1,4%) não fez nada para manter ou melhorar o seu estado de saúde.

Quadro 7. Distribuição (%) dos respondentes de acordo com o que fez para manter ou melhorar o seu estado de saúde, no último ano

	n	%	% s/inf	IC95%
Total	221		--	
Alimentação saudável		79,6		(74,3; 84,9)
Conviver com a família e com os amigos		77,8		(72,3; 83,3)
Cuidados com a higiene oral (lavagem dos dentes diária)		72,4		(66,5; 78,3)
Medição da pressão arterial		64,7		(58,4; 71)
Ter uma vida saudável ao ar livre (ir ao jardim, parque)		60,2		(53,7; 66,7)
Medição do nível de colesterol		46,2		(39,6; 52,8)
Ir ao médico regularmente		45,2		(38,6; 51,8)
Exercício físico (ginástica, caminhadas, etc.)		40,7		(34,2; 47,2)
Exames de rotina		35,3		(29; 41,6)
Rastreios regulares (mamografia, citologia, teste PSA)		34,4		(28,1; 40,7)
Controle do peso		33,5		(27,3; 39,7)
Ir ao dentista por rotina/vigilância		30,3		(24,2; 36,4)
Controle do consumo de álcool		13,1		(8,7; 17,5)
Dieta		11,8		(7,5; 16,1)
Deixou de fumar		5,9		(2,8; 9)
Não fiz nada		1,4		(0; 2,9)
Outra		0,5		(0; 1,4)

n - número de respostas válidas

Doenças crónicas

Relativamente à existência de alguma doença crónica, 63,3% dos inquiridos refere a existência de uma doença ou problema de saúde que dure há mais de 6 meses ou que espere que venha a durar mais de 6 meses. As doenças crónicas mais prevalentes (confirmadas por um médico) são a hipertensão (45,7%), hipercolesterolemia (21,7%) e as cáries dentárias (16,7%). Dos respondentes 12,3% afirmam ser diabéticos (Quadro 8).

Quadro 8. Doenças crónicas mais frequentes (confirmadas pelo médico)

	n	%	% s/inf.	IC95%
Total	218	63,3	1,5	(56,9; 69,7)
Doenças Crónicas	138			
Hipertensão		45,7	-	(37,3; 54,0)
Hipercolesterolemia		21,7	-	(14,9; 28,6)
Cárie dentária		16,7	-	(10,4; 22,9)
Dor lombar e cervical		13,0	-	(7,4; 18,7)
Diabetes		12,3	-	(6,8; 17,8)
Osteoartrite		10,9	-	(5,7; 16,1)
Úlcera no estômago/duodeno		6,5	-	(2,4; 10,6)
Alergias (excl. asma alérgica), rinites, inflamação dos olhos		5,8	-	(1,9; 9,7)
Cancro (tumor maligno, leucemia, linfoma)		5,8	-	(1,9; 9,7)
Osteoporose		5,8	-	(1,9; 9,7)
Doença coronária (angina de peito)		5,1	-	(1,4; 8,7)
CABG (Bypass coronário)		3,6	-	(0,5; 6,7)
Varizes nas pernas		3,6	-	(0,5; 6,7)
Glaucoma		3,6	-	(0,5; 6,7)
Retinopatia		3,6	-	(0,5; 6,7)
Depressão		3,6	-	(0,5; 6,7)
Trombose/AVC		2,9	-	(0,1; 5,7)
Bronquite crónica		2,9	-	(0,1; 5,7)
Ansiedade		2,9	-	(0,1; 5,7)
Claudicação intermitente		2,2	-	(0; 4,6)
Asma (inclui asma alérgica)		2,2	-	(0; 4,6)
Pedra nos rins		2,2	-	(0; 4,6)
Outras doenças vasculares		1,4	-	(0; 3,4)
Incontinência urinária		1,4	-	(0; 3,4)
Enfarte do miocárdio		0,7	-	(0; 2,1)
Artrite reumatoide		0,7	-	(0; 2,1)
Insuficiência renal		0,7	-	(0; 2,1)
Outras		27,5	-	(20,1; 35,0)

n - número de respostas válidas

Ao analisar com mais detalhe o grupo de indivíduos que revelaram sofrer de hipertensão, verifica-se uma forte associação desta doença com o grupo etário ($p < 0,001$) e o nível de instrução ($p < 0,001$) (Quadro 9). A maior proporção de indivíduos hipertensos revela ser no grupo etário dos 65 e mais anos, bem como nos indivíduos sem escolaridade.

A mesma análise realizada para as restantes doenças crónicas não revelou qualquer associação.

Quadro 9. Distribuição por sexo, grupo etário, habilitações literárias e ocupação dos indivíduos que referiram ter sido diagnosticados por um médico como hipertensos.

	N	%	% s/inf.	IC95%	p
TOTAL	138	45,7	--	(25,3; 66,1)	
Sexo	63		--		0,390 ^a
Masculino	23	41,1		(21; 61,2)	
Feminino	40	48,8		(33,3; 64,3)	
Grupos etários	63		--		<0,001 ^b
25-44	24	16,7		(1,8; 31,6)	
45-64	47	31,9		(18,6; 45,2)	
≥ 65	67	65,7		(54,3; 77,1)	
Nível de instrução	61		3,2		<0,001 ^b
Sem escolaridade	29	79,3		(64,6; 94)	
Ensino básico	77	40,3		(29,3; 51,3)	
Ensino secundário	15	33,3		(9,5; 57,1)	
Ensino superior	11	18,2 [#]		(0; 41)	
Ocupação	61		3,2		0,014 ^a
Ativa	41	29,3		(15,4; 43,2)	
Não ativa	92	53,3		(43,1; 63,5)	
Estado Civil	63				<0,001 ^b
Solteiro(a)	9	22,2 [#]		(0; 49,4)	
Casado(a)/ União de Facto	101	39,6		(30,1; 49,1)	
Divorciado(a)	6	16,7 [#]		(0; 46,5)	
Viúvo(a)	22	90,9		(78,9; 100)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

Como se pode observar pelo Quadro 10, a maioria dos doentes que sofre de alguma das doenças crónicas referidas no Quadro 8, toma medicamentos prescritos pelo médico para essas mesmas doenças.

Quadro 10. Indivíduos que sofrem de doenças crônicas confirmadas por um médico e que afirmam tomar medicamentos prescritos pelo médico para essas mesmas doenças.

	n	%	% s/inf.	IC95%
Doença crônica				
Hipertensão	63	96,8	--	(92,5; 101,1)
Hipercolesterolemia	30	93,3	--	(84,4; 102,2)
Cárie dentária	23	82,6	--	(67,1; 98,1)
Dor lombar e cervical	18	66,7	--	(44,9; 88,5)
Diabetes	17	88,2	--	(72,9; 103,5)
Osteoartrite	15	73,3	--	(50,9; 95,7)
Alergias (excluindo asma alérgica), rinites, inflamação dos olhos	9	77,8	--	(50,6; 105)
Úlcera no estômago/duodeno	9	100,0	--	(100; 100)
Cancro (tumor maligno, leucemia, linfoma)	8	25,0	--	(-5; 55)
Osteoporose	8	62,5	--	(29; 96)
Doença coronária (angina de peito)	7	100,0	--	(100; 100)
CABG (Bypass coronário)	5	100,0	--	(100; 100)
Varizes nas pernas	5	60,0	--	(17,1; 102,9)
Glaucoma	5	100,0	--	(100; 100)
Retinopatia	5	100,0	--	(100; 100)
Depressão	5	100,0	--	(100; 100)
Trombose/AVC	4	100,0	--	(100; 100)
Bronquite crônica	4	75,0	--	(32,6; 117,4)
Ansiedade	4	75,0	--	(32,6; 117,4)
Claudicação intermitente	3	66,7	--	(13,4; 120)
Asma (inclui asma alérgica)	3	66,7	--	(13,4; 120)
Pedra nos rins	3	66,7	--	(13,4; 120)
Outras doenças vasculares	2	50,0	--	(0; 119,3)
Incontinência urinária	2	100,0	--	(100; 100)
Enfarte do miocárdio	1	100,0	--	(100; 100)
Artrite reumatoide	1	100,0	--	(100; 100)
Insuficiência renal	1	100,0	--	(100; 100)
Outras	38	60,5	--	(45; 76)

n - número de respostas válidas

Dada a evidência de fatores genéticos na suscetibilidade e patogênese destas doenças crônicas, foi perguntado aos participantes que referiram ter pelo menos uma destas doenças, se tinham algum familiar em primeiro grau que sofresse da mesma patologia. Definiu-se como familiares em primeiro grau pais, filhos ou irmãos. No total, 62,4% (IC 95%: 53,9; 70,9) dos

participantes referiu possuir um familiar em primeiro grau com a mesma doença. Os resultados por doença crónica encontram-se descritos no Quadro 11.

Quadro 11. História familiar de doença crónica dos indivíduos afetados (familiares em primeiro grau)

	n	%	% s/inf.	IC95%
Doenças crónicas				
Hipertensão	63	50,8	--	(38,5; 63,1)
Hipercolesterolemia	30	36,7	--	(19,5; 53,9)
Cárie dentária	23	100,0	--	(100; 100)
Dor lombar e cervical	18	38,9	--	(16,4; 61,4)
Diabetes	17	47,1	--	(23,4; 70,8)
Osteoartrite	15	46,7	--	(21,5; 71,9)
Alergias (excluindo asma alérgica), Rinites, inflamação dos olhos	9	25,0	--	(0; 53,3)
Úlcera no estômago/duodeno	9	44,4	--	(11,9; 76,9)
Cancro (tumor maligno, leucemia, Linfoma)	8	62,5	--	(29; 96)
Osteoporose	8	37,5	--	(4; 71)
Doença coronária (angina de peito)	7	71,4	--	(37,9; 100,0)
CABG (Bypass coronário)	5	60,0	--	(17,1; 100,0)
Varizes nas pernas	5	40,0	--	(0; 82,9)
Glaucoma	5	40,0	--	(0; 82,9)
Retinopatia	5	60,0	--	(17,1; 100,0)
Depressão	5	40,0	--	(0; 82,9)
Bronquite crónica	4	25,0	--	(0; 67,4)
Asma (inclui asma alérgica)	3	66,7	--	(13,4; 100,0)
Pedra nos rins	3	66,7	--	(13,4; 100,0)
Incontinência urinária	2	50,0	--	(0; 100,0)
Insuficiência renal	1	100,0	--	(100,0; 100,0)

n - número de respostas válidas

Avaliação funcional da população

Por definição a *avaliação funcional* contempla as limitações físicas que uma doença crónica pode gerar nas atividades da vida diária. Entende-se por atividades básicas da vida diária (AVD) as atividades pessoais da vida diária (APVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As *atividades pessoais* incluem a alimentação (cortar/ comer a comida), higiene pessoal (vestir e despir, andar, deitar e levantar-se da cama, tomar banho ou duche e utilizar a sanita), mobilidade, medicação, entre outras. As *atividades instrumentais* contemplam as tarefas domésticas, acompanhamento a consultas/assuntos administrativos (ir às compras, preparar as próprias refeições, tarefas domésticas, toma de medicamentos).

Do total da população, 34,6% revelou limitações nas atividades da vida diária devido a ter pelo menos uma doença crónica (0,5% não responderam).

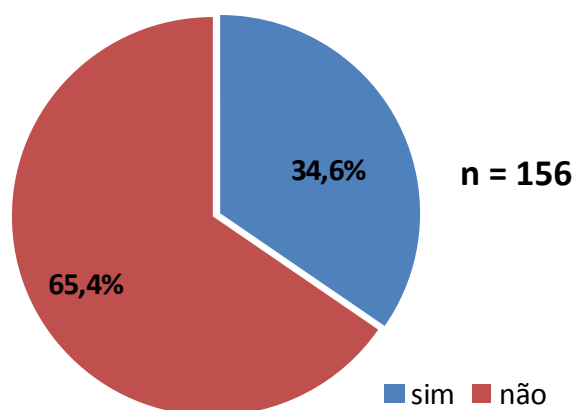


Figura 2. Distribuição (%) dos respondentes – existência de limitações nas AVD

Entre os respondentes que referiram possuir limitações nas AVD destacam-se as mulheres por apresentarem percentagens mais elevadas, tal como os indivíduos com idade igual ou superior a 64 anos, pouco escolarizados e em situação de inatividade.

Quadro 12. Percentagem dos respondentes que referiram possuir limitações nas atividades da vida diária devido a ter pelo menos uma doença crónica por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil

	n	%	%s/inf	IC95%	p
TOTAL	156	34,6	0,6	(22,7; 46,5)	
Sexo	156		--		
Masculino	61	24,6		(13,8; 35,4)	0,040 ^a
Feminino	95	41,1		(31,2; 51)	
Grupos etários	156		--		0,384 ^b
25-44	25	32,0		(13,7; 50,3)	
45-64	53	28,3		(16,2; 40,4)	
≥ 64	78	39,7		(28,8; 50,6)	
Habilitações literárias	149		4,5		0,412 ^b
Sem escolaridade	33	45,5		(28,5; 62,5)	
Ensino básico	88	30,7		(21,1; 40,3)	
Ensino secundário	16	37,5		(13,8; 61,2)	
Ensino superior	12	25,0		(0,5; 49,5)	
Ocupação	151		3,2		0,061 ^a
Ativos	44	22,7		(10,3; 35,1)	
Não ativos	107	39,3		(30; 48,6)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson.

Dos 54 indivíduos que referenciaram ter limitações nas AVD devido a ter pelo menos uma doença crónica, mais de metade (61,1%) expressou limitações físicas, mas não severamente, e 18,5%, refere limitações severas. Também 18,5% dos participantes com limitações nas AVD referiram que as mesmas “não o limitam de todo” e 1,9% não respondeu.

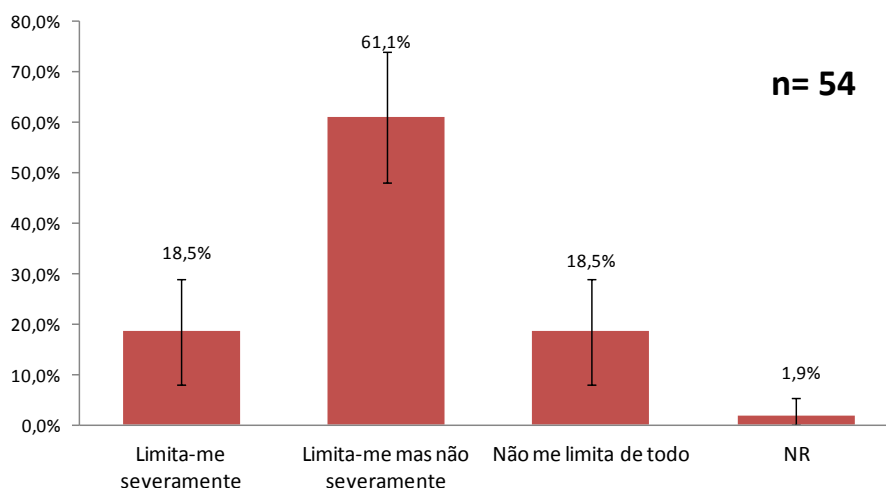


Figura 3. Grau de limitação AVD

Dos 32 indivíduos que revelaram dificuldades no desempenho das atividades da vida diária, as atividades que suscitam um maior grau de dificuldade, quando efetuadas sem ajudas, são as tarefas como tomar banho, vestir/despir, comer/levar os alimentos à boca e ir ao WC. Para a minoria de indivíduos que revelou um nível de incapacidade funcional elevado, e por isso, depender de terceiras pessoas, as maiores dificuldades registaram-se nas tarefas que dizem respeito à alimentação e higiene pessoal.

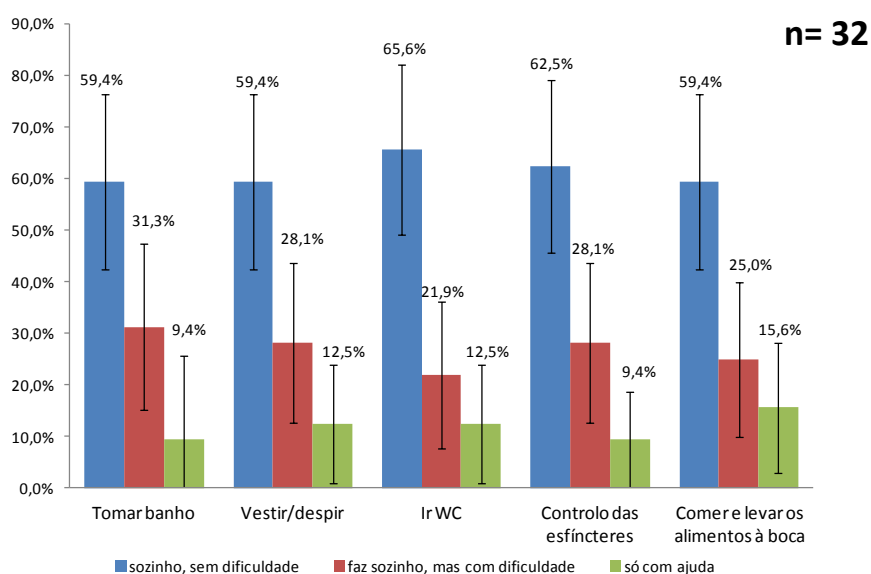


Figura 4. Atividades pessoais da vida diária – higiene pessoal e alimentação

Dos 32 indivíduos que identificaram problemas de funcionalidade, as dificuldades agudizam-se ao nível das atividades que impliquem mobilidade. Embora os indivíduos façam sozinhos as atividades, o desempenho é efetuado com dificuldade, sobretudo no que se refere a subir e descer um lanço de escadas, apanhar objetos no chão, e em menor proporção sair da cama para a cadeira ou deitar-se e levantar-se da cama ou, até mesmo, deslocar-se.

n=32

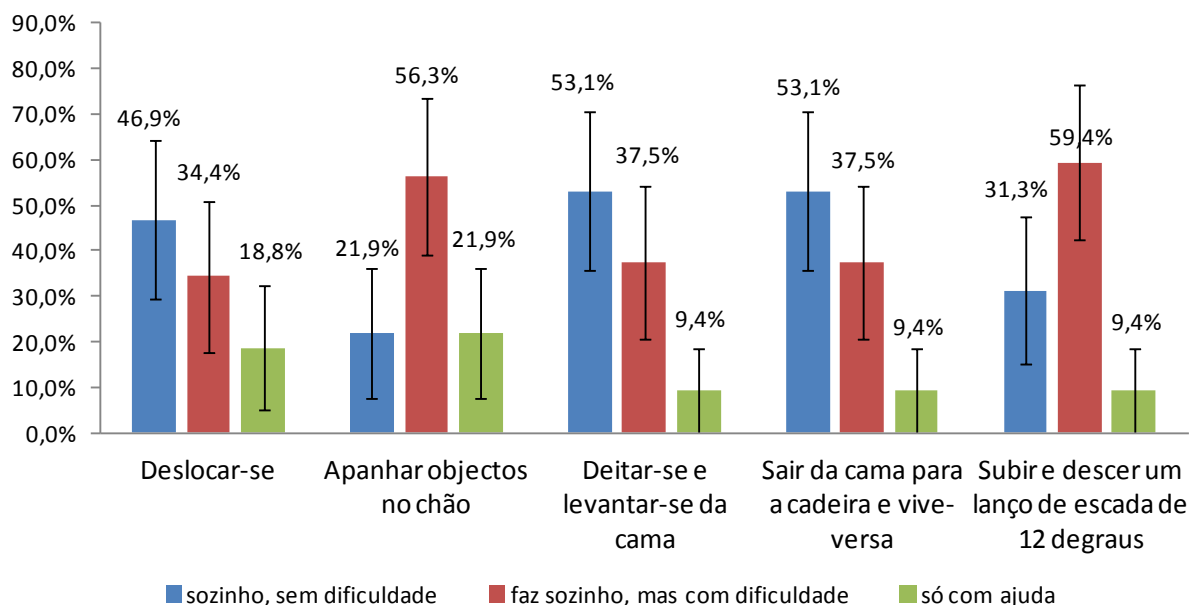


Figura 5. Atividades pessoais da vida diária – mobilidade

Se os problemas de funcionalidade se expressam nas atividades consideradas da vida diária, como a mobilidade, essas mesmas dificuldades intensificam-se quer nas atividades de exterior (ir às compras, utilizar os meios de transporte, sair de casa), quer nas atividades relacionadas com a esfera doméstica, como é o trabalho doméstico e a preparação de refeições.

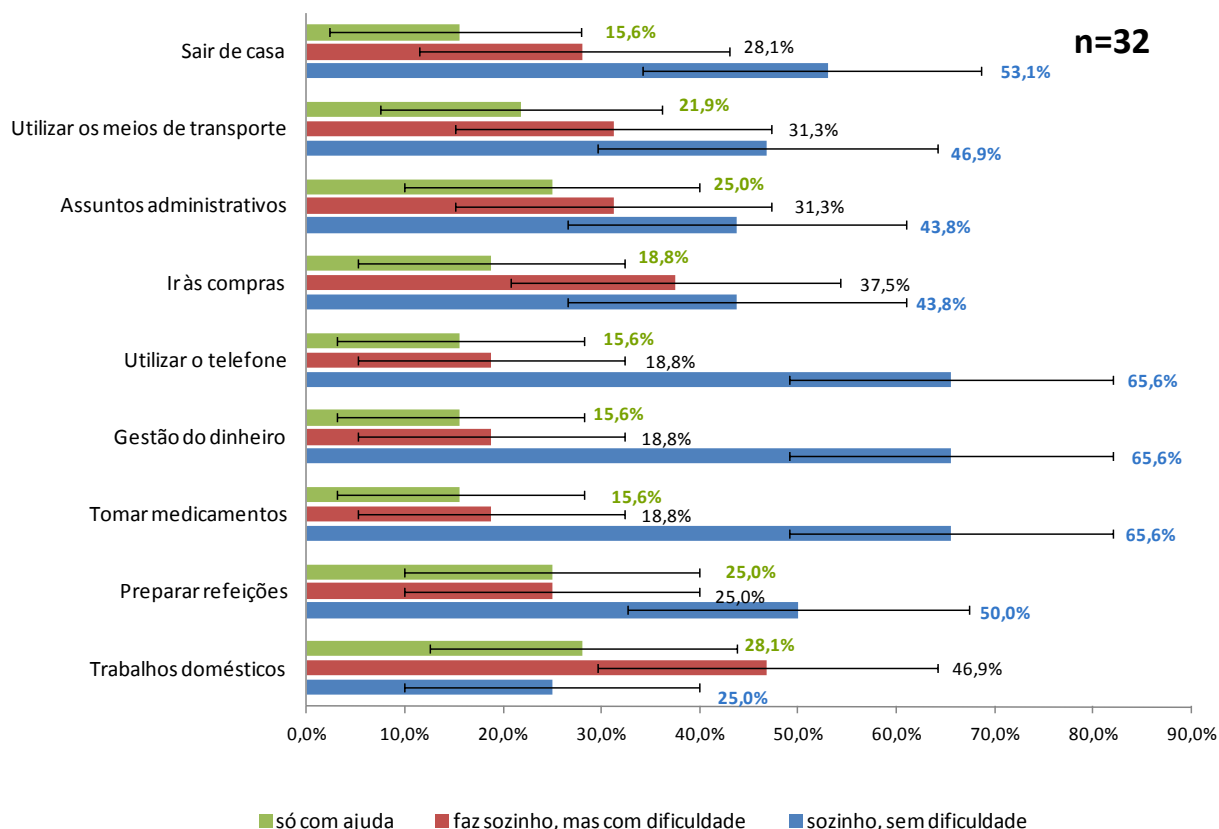


Figura 6. Atividades instrumentais da vida diária

A classificação utilizada no 4º INS (Ministério da Saúde, 2007) definiu dois graus de incapacidade, o *grau 1*, ao contemplar todos os indivíduos que pelo menos fazem sozinhos uma atividade pessoal da vida diária, mas com dificuldade e o *grau 2* inclui os indivíduos que fazem pelo menos 1 atividade, só com ajuda. No total da população, 29 dos respondentes referenciaram algum tipo de incapacidade, quer nas atividades pessoais da vida diária, quer nas atividades instrumentais da vida diária.

Comparando os valores contidos nos dois gráficos constata-se que mais de metade desta população (58,6%), em situação de incapacidade, desempenha pelo menos uma atividade pessoal da vida diária, sozinha, mas com dificuldade. No que respeita às atividades instrumentais da vida diária, estes mesmos indivíduos (59,1%) revelam um maior nível de dependência (*grau 2*).

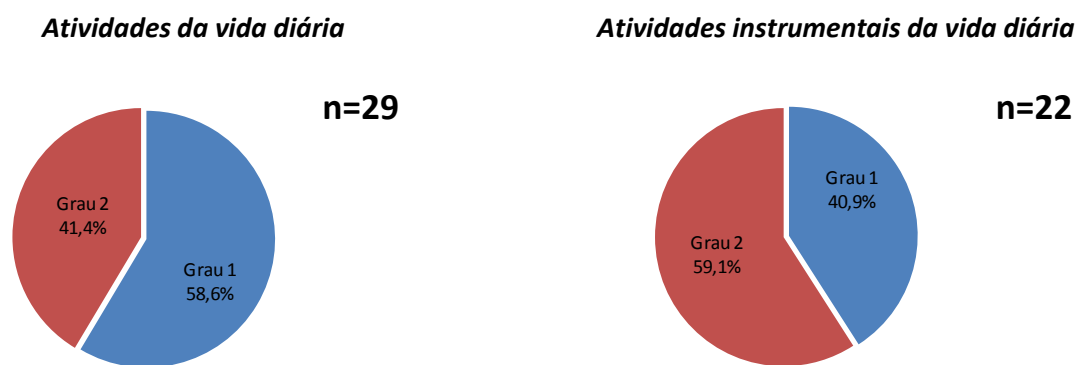


Figura 7. Grau de incapacidade dos respondentes, em situação de incapacidade, segundo a natureza das atividades da vida diária

Quais os valores obtidos através do exame físico?

Um dos objetivos deste estudo era medir o Índice de Massa Corporal (IMC) (com base na medição do peso e altura), o perímetro da cintura e da anca, os valores médios da pressão arterial e os valores médios do colesterol e glicemia no sangue, bem como a realização de um hemograma completo.

Índice de massa corporal (IMC)

O **IMC** é uma medida internacional usada para calcular se uma pessoa tem o peso ideal, traduzindo a relação entre o peso e a altura. O IMC é determinado pela divisão da massa do indivíduo pelo quadrado de sua altura, onde a massa está em quilogramas e a altura está em metros. Trata-se de um método fácil e rápido para a avaliação do nível de gordura de cada pessoa, ou seja, é um preditor internacional de obesidade adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Apesar de não discriminar os componentes gordo e magro da massa corporal total, este é o método mais prático para avaliar o grau de risco associado à obesidade. O IMC é considerado normal quando maior de 18,5 e menor do que 24,9; excesso de peso corresponde a um IMC igual ou superior a 25,0 e inferior a 30. A obesidade corresponde a IMC igual ou superior a 30,0 (Global Database on BMI, WHO).

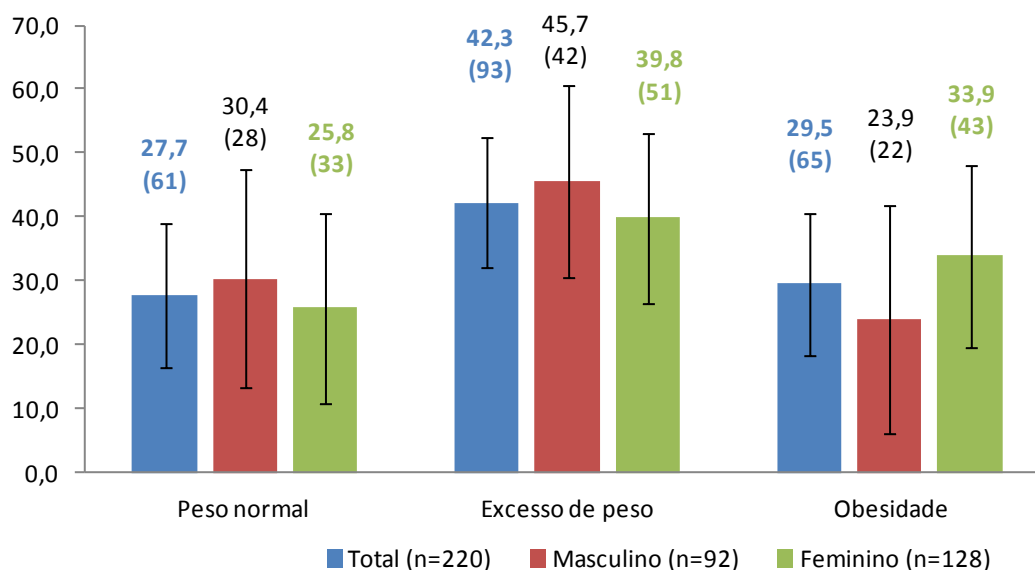


Figura 8. Distribuição do Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes por sexo

Como se pode observar pela Figura 8, uma elevada proporção dos indivíduos encontra-se em excesso de peso (42,3%) ou com obesidade (29,5%). Apenas um dos participantes encontrava-se em situação de baixo peso. Não se verificou associação entre o IMC e as restantes variáveis de desagregação.

Perímetro da cintura e da anca

A OMS reconhece a importância da massa gorda abdominal (referida como obesidade abdominal, central ou visceral), a qual pode variar consideravelmente dentro de um valor relativamente baixo do IMC. Neste contexto, é reconhecida a necessidade de complementar a medida do IMC com o objetivo de identificar indivíduos com risco aumentado de morbilidade relacionada com a obesidade devido à acumulação de gordura abdominal (WHO 2000). A razão entre o perímetro da cintura e da anca foi então sugerido como uma medida adicional de distribuição da gordura corporal. Esta razão pode ser medida de forma mais precisa através das pregas da pele, fornecendo um índice de tecido adiposo subcutâneo e intra-abdominal (Bjorntorp, 1987). A razão entre o perímetro da cintura e da anca encontra-se associada a um aumento do risco de enfarte do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e morte prematura. Não estando estas doenças associadas a medidas de obesidade gerais como o IMC, a razão entre o perímetro da cintura e da anca constitui um fator de risco independente mais forte para estas doenças que o IMC (Lapidus *et al.*, 1984).

No Quadro 13 podemos observar as estatísticas descritivas relativas às medidas do perímetro da anca, cintura e a razão perímetro da cintura/anca bem como a proporção de indivíduos em risco de complicações metabólicas.

Como se pode observar neste quadro, uma elevada proporção dos indivíduos (84%) encontra-se em risco de complicações metabólicas, sendo que este valor é mais elevado nos homens (87,0%) do que nas mulheres (82,0%).

Quadro 13. Estatísticas descritivas das medidas do perímetro da anca, cintura e da razão perímetro da cintura/anca, proporção de indivíduos com risco de complicações metabólicas, no total e por sexo.

		n	Total	Homens	Mulheres
Perímetro cintura (cm)	Média		95,4	97,4	94,0
	IC 95%		(93,7; 97,1)	(94,9; 99,8)	(91,8; 96,3)
	Mediana		96,0	97	94
	Mínimo		64,0	64	66
	Máximo		132,0	131	132
Perímetro anca (cm)	Média		101,9	98,9	104,0
	IC 95%		(97,2; 100,6)	(102; 106)	(100,5; 103,3)
	Mediana		100,5	99,0	103,0
	Mínimo		68,0	68,0	68,0
	Máximo		149,0	120,0	149,0
Razão perímetro da cintura /anca	Média		0,94	0,98	0,90
	IC 95%		(0,93; 0,95)	(0,97; 1,00)	(0,89; 0,91)
	Mediana		0,93	0,99	0,90
	Mínimo		0,68	0,84	0,68
	Máximo		1,17	1,17	1,15
% Indivíduos com risco de complicações metabólicas			84,1	87,0	82,0
(Homens $\geq 0,90$ cm; Mulheres $\geq 0,85$ cm)					
IC 95%			(79,3; 88,9)	(80,1; 93,8)	(75,4; 88,7)

Pressão arterial

Os valores da pressão arterial sistólica e diastólica encontravam-se, no geral, elevados, com médias próximas dos valores máximos recomendados (média pressão sistólica = 132,2, média da pressão diastólica= 80,8). A hipertensão afeta 13,1% dos participantes, sendo as mulheres as mais afetadas (15,6%) (Quadro 14). Destes, 59,0% dos indivíduos refere tomar medicação para a hipertensão, enquanto 26,9% dos indivíduos da população geral com valores alterados de pressão arterial não o faz, provavelmente por desconhecer a situação. Neste sentido, 59% dos indivíduos hipertensos mantém a sua tensão arterial controlada através da medicação.

Quadro 14. Estatísticas descritivas da pressão arterial sistólica e diastólica, proporção de indivíduos com hipertensão, no total e por sexo.

		Total	Homens	Mulheres
	n	221	93	128
Pressão Sistólica (mmHg)	Média	132,2	133,4	132,1
	IC 95%	(129,5; 134,9)	(129,9; 136,9)	(128,1; 136,0)
	Mediana	131,3	132,3	130,2
	Mínimo	86,3	96	86,3
	Máximo	193,7	176,7	193,7
Pressão Diastólica (mmHg)	Média	80,8	80,8	81,1
	IC 95%	(79,4;82,1)	(78,7; 83,0)	(79,4; 82,9)
	Mediana	80,7	82	80,3
	Mínimo	53,0	55,0	53,0
	Máximo	109,7	109,7	104,0
% Indivíduos com valores de Pressão alterados (Pressão Arterial Sistólica > 140 e Pressão Arterial Diastólica > 90)		13,1	9,7	15,6
	IC 95%	(8,7; 17,5)	(3,7; 15,7)	(9,3; 21,9)
Que tomam medicação				
	n	61	22	39
	%	59,0	45,5	66,7
	IC 95%	(46,7; 71,3)	(24,7; 66,3)	(51,9; 81,5)
Que não tomam medicação				
	n	160	71	89
	%	26,9	26,8	27,0
	IC 95%	(20; 33,7)	(16,5; 37,1)	(17,8; 36,2)

Análises Bioquímicas

Como parte do exame físico foram medidos os níveis de glicose, colesterol total, HDL; LDL, triglicéridos, proteína C reativa, creatinina, gama glutamil transferase (γ -GT), alanina aminotransferase (ALT) e aspartato aminotransferase (AST).

Glicose

A glicose é a principal fonte de energia para a maioria das células do corpo, incluindo os neurónios. Os hidratos de carbono podem ser encontrados em frutas, cereais, pão, massas e arroz, os quais são rapidamente transformados em glicose elevando o nível de glicose no sangue. Até 110 miligramas por decilitro (mg/dL) os valores são considerados normais para um teste de glicose no sangue em jejum. Pessoas que apresentem níveis entre 110 e 125 mg / dL têm glicemia em jejum (pré-diabetes). Estes níveis são considerados fatores de risco para

diabetes de tipo 2 e suas complicações. Pessoas com glicemia de jejum com valores iguais ou superiores a 125 mg / dL são consideradas diabéticas.

Colesterol

Colesterol é um álcool policíclico de cadeia longa, usualmente considerado um esteroide, encontrado nas membranas celulares e transportado no plasma sanguíneo de todos os animais. Para ser transportado através da corrente sanguínea, liga-se a diversos tipos de lipoproteínas. Existem vários tipos de lipoproteínas, as quais são classificadas de acordo com a sua densidade. O colesterol HDL representa a fração de colesterol que circula na corrente sanguínea ligada às lipoproteínas plasmáticas de alta densidade (HDL - High Density Lipoprotein). Níveis elevados deste tipo de colesterol estão relacionados com a redução do risco cardiovascular. As lipoproteínas de alta densidade (HDL) são responsáveis pelo transporte do colesterol em excesso, da corrente sanguínea para o fígado, onde é catabolizado. O colesterol LDL representa a fração de colesterol ligado às lipoproteínas plasmáticas de baixa densidade (LDL - Low Density Lipoprotein). Estas lipoproteínas transportam o colesterol do fígado para a corrente sanguínea, favorecendo a sua acumulação nos órgãos e tecidos. Valores elevados de colesterol LDL estão associados a um aumento do risco cardiovascular e ao desenvolvimento da aterosclerose. Os valores de referência para o colesterol total encontram-se abaixo de 240mg/dl e para o LDL abaixo dos 160 mg/dl. Relativamente ao colesterol HDL os valores de referência situam-se acima dos 40 mg/dl.

Triglicéridos

Os triglicéridos são ésteres derivados de glicerol e três ácidos gordos. Existem diferentes tipos de triglicéridos, dependendo da origem dos lípidos. Alguns são altamente insaturados, outros nem tanto. Os triglicéridos são os principais constituintes dos óleos vegetais e gorduras animais. Em humanos, os triglicéridos constituem um mecanismo para armazenar calorias não utilizadas, e as suas elevadas concentrações no sangue estão correlacionadas com o consumo de amido e alimentos ricos em gorduras. Elevados níveis de triglicéridos na corrente sanguínea encontram-se associados à aterosclerose e, por extensão, ao risco de doença cardiovascular. Os valores de referência para os triglicéridos situam-se abaixo dos 200 mg/dl.

Proteína C reativa

A Proteína C-reativa (PCR) é uma proteína plasmática de fase aguda, cujos níveis se elevam em resposta à inflamação. O seu papel fisiológico é ligar-se à fosfocolina expressa na superfície das células mortas ou a morrer (e a alguns tipos de bactérias), a fim de ativar o sistema complemento através do complexo C1Q e iniciar a resposta infamatória. A PCR é sintetizada pelo fígado em resposta a fatores liberados pelos adipócitos. O valor de referência da PCR pelo método turbidimetria é < 0,5mg/dL.

Creatinina

A creatinina é um produto do metabolismo formado no músculo a partir de um composto de armazenamento de energia, o fosfato de creatina. O fosfato de creatina pode ser armazenado no músculo a uma concentração quatro vezes mais elevada que a concentração do trifosfato de adenosina. Nos músculos, sofre degradação espontânea para formar creatinina.

A concentração sanguínea de creatinina e sua excreção na urina são notavelmente constantes em indivíduos normais. Portanto, o nível de creatinina sérica é utilizada como um indicador para avaliar a função renal. Os níveis de referência da creatinina sérica são de 0,5 – 1,2 mg/dl para os homens e de 0,5 – 0,9 mg/dl para as mulheres. O aumento da creatinina sérica está associado à diminuição na taxa de filtração glomerular (TFG).

γ Glutamyltranspeptidase

A Gama glutamyltranspeptidase (GGT) é uma enzima que catalisa a transferência do grupo gama-glutamyl da glutathione para um recetor que pode ser um aminoácido, uma proteína ou água (formando glutamato). A GGT desempenha um papel fundamental na síntese e degradação da glutathione, drogas e desintoxicação de produtos xenobióticos. A GGT elevada pode ser encontrada em patologias hepáticas, pancreáticas ou das vias biliares. A GGT encontra-se também elevada devido à ingestão de grandes quantidades de álcool. O seu aumento isolado ou aumento desproporcional em comparação com outras enzimas hepáticas (como AST ou ALT) pode indicar abuso de álcool ou doença hepática alcoólica.

Mais recentemente também tem sido encontrada elevada em pessoas com doenças cardiovasculares e está sob investigação ativa a sua possível utilização como um marcador de risco cardiovascular.

Os níveis de referência para a GGT encontram-se entre os 8-61 UI/l para os homens e entre os 5-36 UI/l para as mulheres.

Aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase(ALT)

A transaminação é uma reação caracterizada pela transferência de um grupo amina de um aminoácido para um ácido α -cetoácido, para formar um novo aminoácido e um novo ácido α -cetônico, efetuado pelas transaminases. Estas enzimas são libertadas no sangue em grandes quantidades quando ocorrem danos nas membranas dos hepatócitos, resultando num aumento da permeabilidade.

Altos níveis de atividade AST séricos são vistos no coração, fígado, músculo-esquelético e tecidos renais. O aumento da atividade da AST no soro é observado no enfarte do miocárdio, após 20-36 horas do início e, portanto, utilizado como uma evidência de apoio no diagnóstico de enfarte do miocárdio. Atividades aumentadas são também observadas em casos de hepatite viral/tóxica, distrofia muscular e na embolia pulmonar. Os valores de referência para a AST situam-se abaixo das 40UI/l para os homens e das 32 UI/l no caso das mulheres.

Por outro lado a ALT encontra-se principalmente no fígado e em menor grau nos rins e músculos. Um aumento da atividade da ALT é observado em casos de hepatite e cirrose. Os valores de referência para a ALT situam-se abaixo dos 41 UI/l para os homens e dos 33 UI/l no caso das mulheres.

As estatísticas descritivas, total e por sexo, dos parâmetros bioquímicos e do hemograma encontram-se nos Quadros 15 e 16.

Quadro 15. Estatísticas descritivas de parâmetros bioquímicos: glicose, colesterol total, LDL, HDL e triglicéridos, no total e por sexo.

		Glucose (mg/dL)	Colesterol total (mg/dL)	HDL (mg/dL)	LDL (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)
Total	n	220	219	219	219	218
	Média	104	195,5	53,4	125,8	107,6
	IC 95%	(99,2; 108,9)	(190,9; 200,0)	(51,5;55,2)	(121,6; 130,1)	(99,8; 115,5)
	Mediana	97,5	193	52	124	90,5
	Mínimo	76	117	3	58	33
	Máximo	479	304	99	220	435
Homens	n	92	92	92	92	91
	Média	111,5	193,8	49	127,4	115,1
	IC 95%	(101,0; 122,0)	(187,0; 200,7)	(46,3; 51,8)	(120,8; 133,9)	(100,0; 130,2)
	Mediana	101	191	49	128	93
	Mínimo	79	117	3	58	36
	Máximo	479	285	87	211	435
Mulheres	n	128	127	127	127	127
	Média	98,4	196,5	56,5	124,6	102,3
	IC 95%	(95,3; 101,4)	(190,5; 202,5)	(54,3; 58,7)	(119,2; 130,0)	(94,4; 110,2)
	Mediana	94	194	54	122	89
	Mínimo	76	126	27	65	33
	Máximo	179	304	99	220	256

Quadro 16. Estatísticas descritivas de parâmetros bioquímicos: Proteína C Reativa, Creatinina, γ -GT, ALT, AST, no total e por sexo.

		Proteína C Reativa (mg/dL)	Creatinina (U/L)	γ-GT (U/L)	ALT (U/L)	AST (U/L)
Total	n	215	219	219	219	219
	Média	0,36	0,78	20,7	23,1	21,9
	IC 95%	(0,31; 0,41)	(0,76; 0,81)	(18,2; 23,3)	(21,6; 24,6)	(21,0; 22,8)
	Mediana	0,2	0,75	15	21	21
	Mínimo	0,06	0,41	4	7	10
	Máximo	3,4	2,01	154	84	57
Homens	n	90	92	92	92	92
	Média	0,34	0,89	28,6	26,4	23,1
	IC 95%	(0,24; 0,43)	(0,86; 0,92)	(23,8; 33,37)	(24,1; 28,7)	(21,8; 24,5)
	Mediana	0,2	0,86	22	24	22
	Mínimo	0,06	0,58	4	10	15
	Máximo	3,4	1,37	154	79	49
Mulheres	n	125	127	127	127	127
	Média	0,37	0,71	15,1	20,7	21,1
	IC 95%	(0,32; 0,42)	(0,67; 0,74)	(12,8; 17,3)	(18,9; 22,6)	(19,9; 22,3)
	Mediana	0,3	0,68	12	19	20
	Mínimo	0,06	0,41	4	7	10
	Máximo	1,9	2,01	93	84	57

Hemograma

O hemograma é um exame que permite a classificação e contagem dos elementos do sangue e respectivas percentagens, nomeadamente a quantidade de hemoglobina, o hematócrito (o volume que os glóbulos vermelhos ocupam no sangue), a hemoglobina globular média (HGM) (cálculo da quantidade média de hemoglobina dentro de um glóbulo vermelho) e o número de eritrócitos. As estatísticas descritivas relativas a estes parâmetros encontram-se discriminadas no quadro 17.

Quadro 17. Estatísticas descritivas do hemograma (hemoglobina, hematócrito, HGM e eritrócitos), no total e por sexo.

		Hemoglobina (g/dL)	Hematócrito (L/L)	HGM (pg)	Eritrócitos ($\times 10^{12}$ /L)
Total	n	118	118	118	118
	Média	14,0	0,41	31,0	4,8
	IC 95%	(13,8; 14,3)	(0,40; 0,42)	(30,6; 31,3)	(4,2; 5,5)
	Mediana	14,0	0,41	30,9	4,48
	Mínimo	9,9	0,31	21,5	3,54
	Máximo	16,5	0,48	37	41
Homens	n	48	48	48	48
	Média	14,4	0,42	31,2	4,6
	IC 95%	(14,0; 14,7)	(0,41; 0,43)	(30,7; 31,7)	(4,5; 4,7)
	Mediana	14,3	0,42	30,9	4,57
	Mínimo	10,7	0,32	27,2	3,54
	Máximo	16,5	0,48	37	5,55
Mulheres	n	70	70	70	70
	Média	13,8	0,40	30,9	5,0
	IC 95%	(13,5; 14,1)	(0,40; 0,41)	(30,3; 31,4)	(4,0; 6,0)
	Mediana	13,8	0,40	30,9	4,44
	Mínimo	9,9	0,31	21,5	3,59
	Máximo	16,3	0,48	34,5	41

A proporção de indivíduos com os parâmetros bioquímicos alterados, no total e por sexo, encontra-se descrita no quadro 18. Num universo de 220 indivíduos, 17,7% dos respondentes possui valores elevados de glucose no sangue em jejum (11,4% encontra-se em situação de pré-diabetes, 6,3% em situação de diabetes), 9,1% apresenta hipercolesterolemia e 7,8% apresenta valores elevados de triglicéridos. Relativamente ao hemograma (n=118), dos 21 indivíduos que apresentam valores alterados de hemoglobina, os homens (n=5) apresentam valores abaixo do valor de referência, enquanto no caso das mulheres, 12 apresentam valores acima e 4 apresentam valores abaixo do normal. Da mesma forma, 9 homens que apresentam

valores anormalmente baixos de hematócrito, enquanto 4 mulheres apresentam valores baixos e 3 valores altos de hematócrito.

Quadro 18. Proporção de indivíduos com os parâmetros bioquímicos alterados, no total e por sexo.

	Total			Homens			Mulheres		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Glucose									
≥110 mg/dl*	220	17,7	(12,7; 22,7)	92	20,7	(12,4; 29)	128	15,6	(9,3; 21,9)
Colesterol total									
≥240 mg/dl	219	9,1	(0; 21,7)	92	9,8	(0; 29,2)	127	8,7	(0; 25,4)
HDL									
<40 mg/dl**	219	16,0	(3,9; 28,1)	92	27,2	(9,8; 44,6)	127	7,9	(0; 24,6)
LDL									
≥160 mg/dl**	219	12,3	(0; 24,7)	92	15,2	(0; 34)	127	10,2	(0; 26,7)
Triglicéridos									
≥200 mg/dl**	218	7,8	(0; 20,5)	91	12,1	(0; 31,4)	127	4,7	(0; 21,6)
Creatinina									
H <1,2e >0,5 mg/l; M <0,9e >0,5 mg/l (37°C)***	219	5,5	(0; 0,4)	92	5,4	(-0,4; 0,5)	127	5,5	(0; 0,5)
γ-GT									
H <8 e >61 UI/l; M <5 e >36 UI/l (37°C)***	219	6,4	(3,2; 9,6)	92	11,9	(5,3; 18,6)	127	2,4	(0; 5,0)
ALT									
H ≥41 UI/dl; M ≥33 UI/l (37°C)***	219	9,1	(5,3; 12,9)	92	10,9	(4,5; 17,2)	127	7,9	(3,2; 12,6)
AST									
H ≥40 UI/dL; M ≥32 mg/dL (37°C)***	219	4,1	(1,5; 6,7)	92	4,4	(0,2; 8,5)	127	3,9	(0,6; 7,3)
Hemoglobina									
H <13,0 e >17,0 g/l; M <12,0 e >15 g/l***	118	17,8	(0; 0,9)	48	10,4	(0; 1)	70	22,9	(0; 1,3)
Hematócrito									
H <0,40 e >0,50; M <0,36 e >0,46***	118	13,6	(0; 0,8)	48	18,8	(0; 1,4)	70	10,0	(0; 0,8)
HGM									
<27,6 e ≥33,3***	118	11,0	(0; 0,7)	48	10,4	(0; 1)	70	11,4	(0; 0,9)

* Direcção- Geral da Saúde, 2011

** National Institutes of Health, National Cholesterol Education Program National Heart, Lung, and Blood Institute, 2001

*** National Institutes of Health, National Cholesterol Education Program National Heart, Lung, and Blood Institute, 2001

Quadro 19. Proporção de indivíduos com os parâmetros bioquímicos alterados, por toma de medicamento, no total e por sexo.

	n	%	IC95%
% Indivíduos com valores de Glucose alterados (≥ 110 mg/dL)			
Que tomam medicação	15	93,3	(80,6; 100)
Que não tomam medicação	205	12,2	(7,7; 16,7)
% Indivíduos com valores de Colesterol total alterados (≥ 240 mg/dL)			
Que tomam medicação	28	7,1	(0; 16,7)
Que não tomam medicação	191	9,4	(5,3; 13,6)

Dos indivíduos diabéticos (n=15), 93,3% referem tomar medicação para esta condição, enquanto, na população total, 12,2% dos indivíduos com valores de glucose alterados não o faz, provavelmente por desconhecer este facto. Relativamente aos indivíduos que sofrem de hipercolesterolemia (n=20), 7,1% refere tomar medicação, ao passo que, na população total, 9,4% dos indivíduos com valores de colesterol elevado não o faz, pela mesma razão.

Quais os cuidados de saúde utilizados?

Neste capítulo iremos, numa primeira fase, analisar os cuidados preventivos na saúde feminina, quer ao nível da medicação utilizada, quer ao nível da periodicidade dos exames. Na saúde feminina foram ainda formuladas questões relativas à gravidez e ao período da amamentação.

Numa segunda fase, foi feita a análise da acessibilidade aos cuidados de saúde que incluiu os internamentos (nº vezes de internamento, nº noites, razões), o acesso aos serviços de ambulatório e aos serviços de saúde em geral. Aliado aos cuidados de saúde, pretendeu-se, de igual modo, conhecer o grau de satisfação dos respondentes relativamente aos serviços de saúde usufruídos.

Vejamos, de seguida, quais os medicamentos prescritos pelo corpo médico.

Medicamentos

De acordo com os resultados presentes no Quadro 20, do total de respondentes, 18,2% referiram ter tomado medicamentos, prescritos pelo médico, nas últimas duas semanas (0,5% não responderam).

Verificou-se ainda que a toma de medicamentos não prescritos pelo médico não estava associada a nenhuma das variáveis de desagregação (sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil).

Quadro 20. Percentagem dos respondentes que referiram “ter tomado medicamentos prescritos por um médico, nas últimas duas semanas”, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	n	%	% s/inf.	IC95%	p
TOTAL	220	18,2	0,5	(13,1; 23,3)	
Sexo	220		0,5		0,111 ^a
Masculino	93	12,9		(6,1; 19,7)	
Feminino	127	22,0		(14,8; 29,2)	
Grupos etários	220		0,5		0,705 ^b
18-44	65	21,5		(11,5; 31,5)	
45-64	71	16,9		(8,2; 25,6)	
≥ 65	84	16,7		(8,7; 24,7)	
Nível de instrução	210		5,0		0,971 ^b
Sem escolaridade	37	16,2		(4,3; 28,1)	
Ensino básico	123	17,9		(11,1; 24,7)	
Ensino secundário	31	19,4		(5,5; 33,3)	
Ensino superior	19	21,1		(2,8; 39,4)	
Ocupação	210		5,0		0,595 ^a
Ativa	86	20,9		(12,3; 29,5)	
Não Ativa	124	17,7		(11; 24,4)	
Estado Civil	219		0,9		0,867 ^b
Solteiro(a)	21	23,8 [#]		(5,6; 42)	
Casado/ União de Facto	158	17,1		(11,2; 23)	
Divorciado(a)	14	14,3 [#]		(0; 32,6)	
Viúvo(a)	26	19,2 [#]		(4,1; 34,3)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

Na caracterização do tipo de medicamento tomado (Quadro 21), a maioria dos respondentes referiu *outro tipo de medicamento* (62,5%), tendo 17,5% referido ter tomado a “pílula contraceptiva”. Em menor percentagem foram referidos “comprimidos para dormir”, “antibióticos” e “suplementos dietéticos ou vitaminas”.

Quadro 21. Distribuição (%) dos respondentes por tipo de medicamentos, prescritos pelo médico, que tomou nas últimas duas semanas.

	n	%	% s/inf.	IC95%
Tomou medicamentos prescritos pelo médico	38		5,0	
Comprimidos para dormir		7,5		(0; 15,7)
Antibióticos, como a penicilina		5,0		(0; 11,8)
Pílula contraceptiva		17,5		(5,7; 29,3)
Suplemento dietético ou vitaminas		5,0		(0; 11,8)
Outro		60,0		(44,8; 75,2)
<i>Analgésicos</i>	22	27,3		(8,7; 45,9)
<i>Anti-inflamatório</i>	22	9,1		(0; 21,1)
<i>Antiácido-carbonato Mg</i>	22	4,5		(0; 13,2)
<i>Anticoagulantes</i>	22	9,1		(0; 21,1)
<i>Antidepressivo</i>	22	18,2		(2,1; 34,3)
<i>Anti hipertensores</i>	22	27,3		(8,7; 45,9)
<i>Cefaleias</i>	22	4,5		(0; 13,2)

n - número de respostas válidas

Dos 218 indivíduos que responderam a esta questão, 21,7% afirmou ter interrompido pelo menos uma vez a toma de algum medicamento receitado pelo médico, invocando como principal razão o facto de já não necessitar mais do tratamento (52,1%) (Quadro 22).

Quadro 22. Distribuição (%) dos respondentes por motivos da interrupção da toma de medicação prescrita por um médico.

	n	%	% s/inf.	IC95%
Motivos da interrupção da toma de medicação prescrita	48		--	
Razões financeiras		2,1		(0; 6,2)
Por achar que já não precisava		52,1		(38; 66,2)
Por efeitos secundários		29,2		(16,3; 42,1)
Outras razões		16,7		(6,1; 27,3)

n - número de respostas válidas

Outros dos motivos apontados pelos respondentes destacam-se os seguintes:

- o esquecimento da toma;
- a falta de tempo para cumprir o plano de medicação;
- o facto de considerarem o medicamento ineficaz e;
- considerarem perigosa a sua toma.

Após a interrupção da toma da medicação a maioria dos respondentes não fez nada e parou definitivamente a medicação (64,6%). Apenas 10,4% referiu ter voltado a tomar o medicamento por iniciativa própria ou após a marcação de consulta médica (Quadro 23).

Quadro 23. Distribuição (%) dos respondentes de acordo com o procedimento adotado após a interrupção da toma da medicação prescrita.

Motivos da interrupção da toma de medicação prescrita	N	%	% s/inf.	IC95%
Total	48		--	
Voltei a tomar o medicamento passado um tempo por minha iniciativa		10,4		(1,8; 19)
Telefonei ao meu médico		4,2		(0; 9,9)
Marquei uma consulta no meu médico		10,4		(1,8; 19)
Consultei outro médico		8,3		(0,5; 16,1)
Não fiz nada e parei de vez o medicamento		64,6		(51,1; 78,1)
Fiz outra coisa		2,1		(0; 6,2)

n - número de respostas válidas

Ainda no âmbito da toma de medicação, os indivíduos foram ainda questionados sobre a toma de medicamentos sem receita médica, nas duas semanas que antecederam o questionário.

Um total de 52 indivíduos (correspondente a 23,7% dos respondentes) referiu ter tomado medicamentos não prescritos pelo médico (Quadro 24), sendo esta percentagem significativamente superior nos indivíduos com idades entre os 45 e 64 anos (comparativamente aos restantes grupos etários).

Quadro 24. Percentagem dos respondentes que referiram “ter tomado um medicamento não receitado pelo médico”, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	N	%	%s/inf	IC95%	p
TOTAL	219	23,7	0,9	(18,1; 29,3)	
Sexo	219		0,9		0,203 ^a
Masculino	93	19,4		(11,4; 27,4)	
Feminino	126	27,0		(19,2; 34,8)	
Grupos etários	219		0,9		0,003 ^b
25-44	64	26,6		(15,8; 37,4)	
45-64	71	35,2		(24,1; 46,3)	
≥ 65	84	11,9		(5; 18,8)	
Nível de instrução	209		5,4		0,175 ^b
Sem escolaridade	37	21,6		(8,3; 34,9)	
Ensino Básico	122	21,3		(14; 28,6)	
Ensino secundário	31	32,3		(15,8; 48,8)	
Ensino superior	19	42,1		(19,9; 64,3)	
Ocupação	209		5,4		0,403 ^a
Ativa	86	25,6		(16,4; 34,8)	
Não Ativa	123	20,3		(13,2; 27,4)	
Estado Civil	218		1,3		0,465 ^b
Solteiro(a)	21	23,8 [#]		(5; 41)	
Casado/ União de Facto	158	24,1		(17,4; 30,8)	
Divorciado(a)	13	38,5 [#]		(12; 65)	
Viúvo(a)	26	15,4 [#]		(1,5; 29,3)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

O tipo de medicamento, sem prescrição, mais referenciado pelos respondentes foram os medicamentos para a dor de cabeça ou enxaqueca (38,5%), seguidos dos medicamentos para a dor nas articulações (17,3%). Destacam-se também como categorias de resposta, os medicamentos para, “emagrecimento”, “medicamento homeopático” e “tonturas / náuseas”.

Quadro 25. Distribuição (%) dos respondentes por tipo de medicamentos, não receitados pelo médico, que tomou nas últimas duas semanas.

	n	%	% s/inf.	IC95%
Tomou medicamentos não receitados pelo médico, para:	52		--	
Dor de cabeça ou enxaqueca		38,5		(25,3; 51,7)
Dor nas articulações (artroses, artrites)		17,3		(7; 27,6)
Vitaminas, minerais ou tónicos (fortificantes)		11,5		(2,8; 20,2)
Outra dor		9,6		(1,6; 17,6)
Constipação, gripe ou inflamação da garganta		5,8		(0; 12,2)
Outro		5,8		(0; 12,2)
Dor de dentes		3,8		(0; 9)
Sintomas alérgicos (eczema, rinites, febre de fenos)		3,8		(0; 9)
Problema de estômago		3,8		(0; 9)

n - número de respostas válidas

Saúde Feminina

Como se referiu anteriormente, os cuidados preventivos na saúde feminina, contemplam não só os métodos contraceptivos, como também a periodicidade e a natureza dos exames.

Começemos pelos métodos contraceptivos. Entre as 62 mulheres com idades entre os 25 e 55 anos, 61,3% indicaram utilizar pelo menos um método contraceptivo (Quadro 26). O principal método referido foi a Pílula seguido pelo DIU (Figura 9).

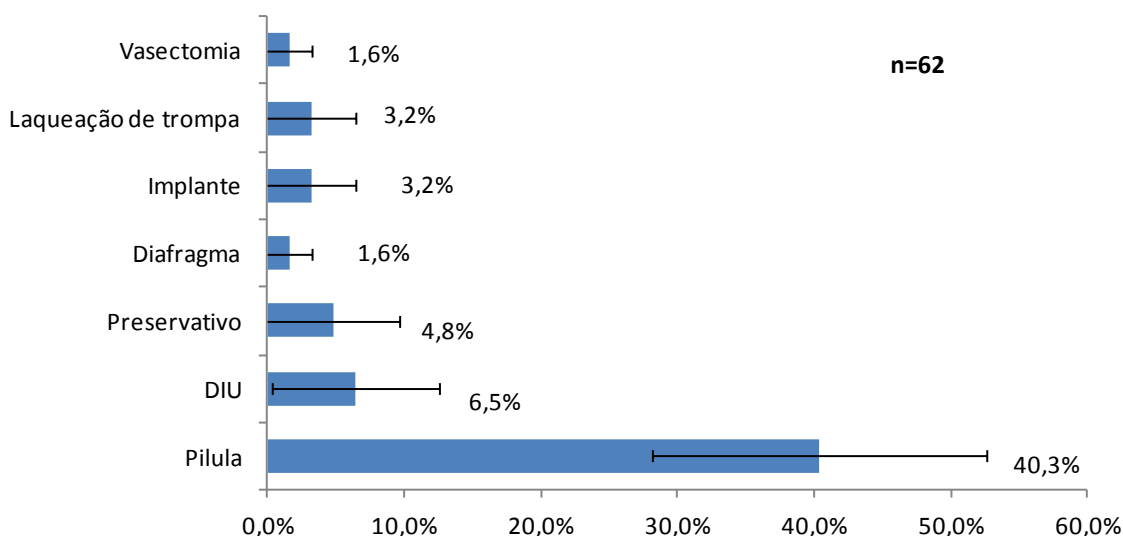


Figura 9. Distribuição das respostas segundo o tipo de contraceptivo utilizado.

Quadro 26. Percentagem de mulheres que referiram utilizar pelo menos um método contraceptivo, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	n	%	% s/inf.	IC95%	p
TOTAL	62	61,3	--	(49,2; 73,4)	
Grupos etários	62		--		0,001 ^a
25-44	39	76,9		(63,7; 90,1)	
45-55	23	34,8		(15,3; 54,3)	
Nível de instrução	61		1,6		0,328 ^b
Sem escolaridade	3	33,3 [#]		(0; 86,6)	
Ensino Básico	32	53,1		(35,8; 70,4)	
Ensino secundário	16	75,0		(53,8; 96,2)	
Ensino superior	10	70,0		(41,6; 98,4)	
Ocupação	59		4,8		0,026 ^a
Ativa	36	75,0		(60,9; 89,1)	
Não Ativa	23	43,5		(23,2; 63,8)	
Estado Civil	62		--		0,121 ^b
Solteiro(a)	7	71,4 [#]		(37,9; 104,9)	
Casado/ União de Facto	49	65,3		(52; 78,6)	
Divorciado(a)	5	20,0 [#]		(0; 55,1)	
Viúvo(a)	1	0,0 [#]		(0; 0)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

No que respeita aos cuidados preventivos, 29,1% das mulheres referiu nunca ter realizado uma mamografia. Entre as mulheres que realizaram este exame, 39,4% mencionou ter realizado, pela última vez, há mais de um ano. De entre as que referiram ter realizado este exame há mais de um ano, o período máximo identificado foi 20 anos, sendo a mediana de 2 anos.

Quadro 27. Distribuição (%) das respondentes que realizaram uma mamografia, por período que decorreu desde a última vez que o fizeram

	n	%	% s/inf.	IC95%
Realizou uma mamografia	127	70,9	0,8	(63; 78,8)
Há menos de 3 meses		4,7		(1; 8,4)
Entre 3 a 5 meses		3,1		(0,1; 6,1)
Entre 6 e 11 meses		23,6		(16,2; 31)
Mais do que 12 meses		39,4		(30,9; 47,9)

n – número de respostas válidas

A percentagem de mulheres que referiu ter realizado pelo menos uma vez uma mamografia, foi superior nas mulheres mais velhas (dos 45 a 65 anos) do que nas mulheres com 25 a 44 anos (diferença estatisticamente significativa) (Quadro 28).

Quadro 28. Percentagem de respondentes que referiram ter realizado pelo menos uma mamografia por idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	n	%	% s/inf.	IC95%	p
TOTAL	127	70,9	0,8	(63; 78,8)	
Grupos etários	127		0,8		
25-44	39	51,3		(35,6; 67)	<0,001 ^b
45-64	38	97,4		(92,3; 102,5)	
≥ 65	50	66,0		(52,9; 79,1)	
Nível de instrução	120		6,3		0,009^b
Sem escolaridade	22	59,1		(38,6; 79,6)	
Ensino Básico	67	83,6		(74,7; 92,5)	
Ensino secundário	18	61,1		(38,6; 83,6)	
Ensino superior	13	46,2		(19,1; 73,3)	
Ocupação	122		4,7		1,000^b
Ativa	43	69,8		(56,1; 83,5)	
Não Ativa	79	70,9		(60,9; 80,9)	
Estado Civil	127		0,8		0,113^b
Solteiro(a)	8	50,0 [#]		(15,4; 84,6)	
Casado/ União de Facto	91	73,6		(64,5; 82,7)	
Divorciado(a)	6	100,0		(100; 100)	
Viúvo(a)	22	59,1		(38,6; 79,6)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

No que se refere à realização de citologias, 35,3% das respondentes mencionou nunca ter efetuado este exame. A maioria das mulheres que realizou a citologia referiu que o mesmo ocorreu há mais de um ano (36,2%), e destas, o período máximo referenciado, foi de 30 anos, sendo a mediana de 2,5 anos.

Quadro 29. Distribuição (%) das respondentes que realizaram uma citologia, por período que decorreu desde a última vez que o fizeram

	n	%	% s/inf.	IC95%
Realizou uma citologia	116	64,7	9,4	(56; 73,4)
Há menos de 3 meses		5,2		(1,2; 9,2)
Entre 3 a 5 meses		5,2		(1,2; 9,2)
Entre 6 e 11 meses		18,1		(11,1; 25,1)
Mais do que 12 meses		36,2		(27,5; 44,9)

n - número de respostas válidas

No que concerne a outros exames preventivos, 1,6% (IC95%: 0%; 3,8%) das respondentes indicou ter feito outro exame, tal como uma colposcopia.

Quadro 30. Percentagem de respondentes que referiram ter realizado pelo menos uma citologia por idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	n	%	%s/inf	IC95%	p
TOTAL	116	64,7	9,4	(56; 73,4)	
Grupos etários	116		9,4		<0,001 ^b
25-44	39	82,1		(70,1; 94,1)	
45-64	34	82,4		(69,6; 95,2)	
≥ 65	43	34,9		(20,7; 49,1)	
Nível de instrução	111		13,3		0,001 ^b
Sem escolaridade	20	30,0		(9,9; 50,1)	
Ensino Básico	62	71,0		(59,7; 82,3)	
Ensino secundário	16	81,3		(62,2; 100,4)	
Ensino superior	13	84,6		(65; 104,2)	
Ocupação	113		11,7		<0,001 ^b
Ativa	42	88,1		(78,3; 97,9)	
Não Ativa	71	52,1		(40,5; 63,7)	
Estado Civil	116		9,4		<0,001 ^b
Solteiro(a)	8	62,5 [#]		(29; 96)	
Casado/ União de Facto	84	72,6		(63,1; 82,1)	
Divorciado(a)	5	100,0 [#]		(100; 100)	
Viúvo(a)	19	21,1 [#]		(2,8; 39,4)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

Quanto ao número de gravidezes, 3,1% (IC95%: 0,1%; 6,1%), das 127 respondentes, referiu ter tido 6 gravidezes. Relativamente ao número de filhos (nados- vivos), das 120 respondentes a maioria referiu ter tido 2 filhos vivos (44,2%; IC95%: 35,3%; 53,1%) e no máximo 6 filhos (o que corresponde a uma proporção de 0,8% das mulheres).

Para finalizar o questionário sobre a saúde feminina, foi ainda colocada uma questão relativa ao tempo da amamentação do último filho. A esta questão responderam 119 mulheres e entre estas 29,5% amamentou o último filho por um período superior a 6 meses. De referir que 11,8% das mulheres não amamentou os filhos.

Quadro 31. Distribuição (%) das respondentes que amamentaram, por período de duração da amamentação ao peito do último filho.

	n	%	% s/inf.	IC95%
Amamentou ao peito	119	88,2	--	(82,4; 94,0)
Até 7 dias		3,4		(0,1; 6,7)
Até 1 mês		10,1		(4,7; 15,5)
Até 2 meses		14,3		(8,0; 20,6)
Até 3 meses		11,8		(6,0; 17,6)
4 a 6 meses		9,2		(4,0; 14,4)
Mais do que 6 meses		29,5		(21,3; 37,7)

n - número de respostas válidas

Após a análise dos cuidados preventivos, iremos analisar o acesso aos cuidados de saúde, no qual se destacam os internamentos (nº vezes de internamento, nº noites, razões), o acesso aos serviços de ambulatório e o acesso aos serviços de saúde em geral. Por fim, pretendeu-se conhecer o grau de satisfação dos respondentes relativamente a esses mesmos serviços de saúde usufruídos.

Internamentos hospitalares

No que respeita à utilização de cuidados de saúde, os inquiridos foram questionados sobre se, no último ano, foram internados num hospital. A esta pergunta responderam afirmativamente 17 indivíduos (7,7%) (Quadro 32).

Quadro 32. Percentagem de respondentes que foram internados no último ano, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	n	%	% s/inf.	IC95%	p
TOTAL	220	7,7	0,5	(4,2; 11,2)	
Sexo	220		0,5		1,000 ^a
Masculino	93	7,5		(2,1; 12,9)	
Feminino	127	7,9		(3,2; 12,6)	
Grupos etários	220		0,5		0,161 ^b
25-44	65	9,2		(2,2; 16,2)	
45-64	71	2,8 [#]		(0; 6,6)	
≥ 65	84	10,7		(4,1; 17,3)	
Nível de instrução	210		5,0		0,543 ^b
Menos que o ensino básico	37	10,8 [#]		(0,8; 20,8)	
Ensino básico	123	8,1		(3,3; 12,9)	
Ensino secundário	31	9,7 [#]		(0; 20,1)	
Ensino superior	19	0,0 [#]		(0; 0)	
Ocupação	210		5,0		0,442 ^a
Ativa	86	5,8 [#]		(0,9; 10,7)	
Não Ativa	124	9,7		(4,5; 14,9)	
Estado Civil	219		0,9		0,292 ^b
Solteiro(a)	21	0,0 [#]		(0; 0)	
Casado/ União de Facto	158	8,9		(4,5; 13,3)	
Divorciado(a)	14	0,0 [#]		(0; 0)	
Viúvo(a)	26	11,5 [#]		(0; 23,8)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

Na sua maioria, os 17 respondentes foram internados no ano que antecedeu o questionário apenas uma vez (52,9%) e no máximo 27 vezes (o que corresponde a uma proporção de 5,9%).

Quadro 33. Distribuição (%) dos respondentes que foram internados, por frequência de eventos de internamento.

	n	%	% s/inf..	IC95%
Internamento hospitalar	17		--	
1 vez		52,9		(29,2; 76,6)
3 vezes		17,6		(0; 35,7)
4 ou mais vezes		29,4		(7,7; 51,1)

n - número de respostas válidas

Estes internamentos corresponderam a uma média de 10,4 (IC95%: 4,7; 16,1) noites de estadia (Mínimo: 1, Máximo: 37.)

Em relação ao último internamento, 35,3% dos respondentes referiu que o principal motivo da estadia no hospital foi “uma cirurgia programada” (ver Quadro 34).

Quadro 34. Distribuição (%) dos respondentes que foram internados, por motivo do internamento.

	n	%	% s/inf.	IC95%
Internamento hospitalar	17		--	
Doença		29,4		(7,7; 51,1)
Exame ou observação		5,9		(0; 17,1)
Cirurgia programada		35,3		(12,6; 58)
Cirurgia não programada		5,9		(0; 17,1)
Acidente de trabalho		17,6		(0; 35,7)
Outra razão (Aborto)		5,9		(0; 17,1)

n - número de respostas válidas

Acesso aos serviços de ambulatório e aos serviços de saúde

No total de respondentes, no período de um ano que antecedeu o questionário, 7,7% referiu ter ido ao hospital como doente ambulatório.

Quadro 35. Percentagem de respondentes que foram doentes de ambulatório no último ano, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	N	%	% s/inf.	IC95%	p
TOTAL	220	7,7	0,5	(4,2; 11,2)	
Sexo	220		0,5		0,617 ^a
Masculino	93	6,5		(1,5; 11,5)	
Feminino	127	8,7		(3,8; 13,6)	
Grupos etários	220		0,5		0,174 ^b
25-44	65	6,2 [#]		(0,3; 12,1)	
45-64	71	4,2 [#]		(0; 8,9)	
≥ 65	84	11,9		(5; 18,8)	
Nível de instrução	210		5,0		0,355 ^b
Menos que o ensino básico	37	13,5 [#]		(2,5; 24,5)	
Ensino básico	123	8,1		(3,3; 12,9)	
Ensino secundário	31	6,5 [#]		(0; 15,2)	
Ensino superior	19	0,0 [#]		(0; 0)	
Ocupação	210		5,0		0,197 ^a
Ativa	86	4,7		(0,2; 9,2)	
Não ativa	124	10,5		(5,1; 15,9)	
Estado Civil	219		0,9		0,313 ^b
Solteiro(a)	21	4,8 [#]		(0; 13,9)	
Casado/ União de Facto	158	7,6		(3,5; 11,7)	
Divorciado(a)	14	0,0 [#]		(0; 0)	
Viúvo(a)	26	15,4 [#]		(1,5; 29,3)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

No que diz respeito à última vez que os respondentes se dirigiram ao centro de Saúde/USF para uma consulta, 70,5% referiu que a mesma decorreu “há menos de 12 meses” (Quadro 36), tendo somente 6,4% dos inquiridos referido nunca ter recorrido a uma consulta com o médico de família do centro de saúde.

Quadro 36. Distribuição (%) dos respondentes, por período que decorreu desde a última vez que consultaram um médico de família no Centro de Saúde

	n	%	%s/inf.	IC95%
Consulta a um médico de família	220		0,5	
Há menos de 12 meses (menos de 1 ano)		70,5		(64,5; 76,5)
12 meses ou mais (mais de 1 ano)		23,2		(17,6; 28,8)
Nunca		6,4		(3,2; 9,6)

n - número de respostas válidas

De acordo com a informação presente no Quadro 37, a deslocação ao Centro de Saúde encontra-se significativamente associada ao *sexo* (sendo maior nas mulheres do que nos homens); à *idade* (os indivíduos com 65 e mais anos referiram em maior percentagem ter-se deslocado ao Centro de Saúde) e ao *nível de instrução* (verificou-se uma diminuição progressiva do recurso ao Centro de Saúde com o nível de escolaridade).

Quadro 37. Percentagem dos respondentes, que recorreram a um médico de família no Centro de Saúde nos últimos 12 meses, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	n	%	% s/inf.	IC95%	p
TOTAL	220	70,5	0,5	(64,5; 76,5)	
Sexo	220		0,5		0,001 ^a
Masculino	93	57,0		(46,9; 67,1)	
Feminino	127	80,3		(73,4; 87,2)	
Grupos etários	220		0,5		0,003 ^b
25-44	65	53,8		(41,7; 65,9)	
45-64	71	73,2		(62,9; 83,5)	
≥ 65	84	81,0		(72,6; 89,4)	
Nível de instrução	210		5,0		<0,001 ^b
Menos que o ensino básico	37	78,4		(65,1; 91,7)	
Ensino básico	123	75,6		(68; 83,2)	
Ensino secundário	31	61,3		(44,2; 78,4)	
Ensino superior	19	26,3 [#]		(6,5; 46,1)	
Ocupação	210		5,0		0,003 ^a
Ativa	86	59,3		(48,9; 69,7)	
Não ativa	124	79,8		(72,7; 86,9)	
Estado Civil	219		0,9		0,047 ^b
Solteiro(a)	21	52,4		(31; 73,8)	
Casado/ União de Facto	158	72,8		(65,9; 79,7)	
Divorciado(a)	14	42,9		(17; 68,8)	
Viúvo(a)	26	84,6		(70,7; 98,5)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

Em relação aos motivos pelos quais os respondentes se deslocaram ao centro de saúde, destacam-se os seguintes:

- 31,6% referiu que se deslocou ao centro de saúde para fazer exames de rotina, sem que tivesse existido uma doença associada;
- 30,6% referiu que se deveu a pedido de receitas ou exames e;
- 21,4% referiu motivos de doença (sentiram-se efetivamente doentes) (Quadro 38).

Quadro 38. Distribuição (%) de respostas relativamente ao motivo da última consulta no Centro de Saúde

	n	%	%s/inf	IC95%
Motivo da consulta a um médico de família				
Para ter baixa/pedir atestado médico	206	3,9	--	(1,3; 6,5)
Porque se sentiu doente	206	21,4	--	(15,8; 27)
Pedir receitas ou exames (análises, radiografias)	206	30,6	--	(24,3; 36,9)
Fazer exame de rotina (sem ser doença)	206	31,6	--	(25,3; 37,9)
Fazer exame de rotina (motivado por uma doença)	206	16,0	--	(11; 21)
Mostrar resultados de exames	206	10,7	--	(6,5; 14,9)
Consulta de vigilância da gravidez e puerpério	206	1,0	--	(0; 2,4)
Realizar exames complementares de diagnóstico	206	1,0	--	(0; 2,4)
Realizar tratamentos	206	0,5	--	(0; 1,5)
Medir a tensão arterial	206	0,5	--	(0; 1,5)
Obter certificados (carta de condução, emprego)	206	0,5	--	(0; 1,5)
Não sabe	206	0,5		(0; 1,5)

n - número de respostas válidas

O recurso a um médico especialista foi referido por 185 indivíduos (84,1%; IC95%: 78,8; 89,4 dos respondentes) e a maioria das consultas de especialidade realizaram-se há menos de 12 meses (54,1%).

Quadro 39. Distribuição (%) dos respondentes, por período que decorreu desde a última vez que consultaram um médico especialista.

	n	%	% s/inf.	IC95%
Consulta a um especialista	220		0,5	
Há menos de 12 meses		54,1		(47,5; 60,7)
12 Meses ou mais		30,0		(23,9; 36,1)
Nunca		15,9		(11,1; 20,7)

n - número de respostas válidas

Segundo a informação no Quadro 40, o recurso a um médico especialista foi referido em maior percentagem pelas mulheres (57,5% de mulheres vs 49,5% de homens), sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Quadro 40. Percentagem dos respondentes, que recorreram a um médico especialista nos últimos 12 meses, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	n	%	% s/inf.	IC95%	p
TOTAL	220	54,1	0,5	(47,5; 60,7)	
Sexo	220		0,5		0,002 ^a
Masculino	93	49,5		(39,3; 59,7)	
Feminino	127	57,5		(48,9; 66,1)	
Grupos etários	220		0,5		0,391 ^b
24-44	65	52,3		(40,2; 64,4)	
45-64	71	63,4		(52,2; 74,6)	
≥ 65	84	47,6		(36,9; 58,3)	
Nível de instrução	210		5,0		0,544 ^b
Menos que o ensino básico	37	43,2		(27,2; 59,2)	
Ensino básico	123	59,3		(50,6; 68)	
Ensino secundário	31	54,8		(37,3; 72,3)	
Ensino superior	19	47,4		(24,9; 69,9)	
Ocupação	210		5,0		0,976 ^a
Ativa	86	53,5		(43; 64)	
Não Ativa	124	54,8		(46; 63,6)	
Estado Civil	219		0,9		0,079 ^b
Solteiro(a)	21	33,3		(13,1; 53,5)	
Casado/ União de Facto	158	58,2		(50,5; 65,9)	
Divorciado(a)	14	57,1		(31,2; 83)	
Viúvo(a)	26	46,2		(27; 65,4)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson.

Entre as razões invocadas pelos respondentes para recorrerem a um especialista, destaca-se a realização de tratamentos, seguida dos exames de rotina e por motivos de doença (Quadro 41).

Quadro 41. Distribuição (%) de respostas relativamente ao motivo da última consulta com um especialista

	n	%	% s/inf.	IC95%
Motivo da consulta a um especialista			--	
Porque se sentiu doente	185	18,4	--	(12,8; 24)
Pedir receitas ou exames (análises, radiografias)	185	1,6	--	(0; 3,4)
Fazer exame de rotina (sem ser doença)	185	19,5	--	(13,8; 25,2)
Fazer exame de rotina (motivado por doença)	185	21,1	--	(15,2; 27)
Mostrar resultados de exames	185	3,8	--	(1; 6,6)
Porque foi encaminhado pelo médico de família	185	3,8	--	(1; 6,6)
Realizar tratamentos (p. Razão da consulta especialidade /p.ex. dentários)	185	50,3	--	(43,1; 57,5)
Por ser difícil marcar num hospital público	185	1,1	--	(0; 2,6)
Outros motivos	185	0,5	--	(0; 1,5)
Não sabe	185	0,5	--	(0; 1,5)

n - número de respostas válidas

Para além das consultas com o médico de família e de especialidade, os respondentes recorreram ao centro de saúde para a realização de exames complementares de diagnóstico e cuidados de enfermagem (Quadro 42).

Quadro 42. Distribuição (%) dos respondentes por utilização de outros serviços de saúde nos últimos 12 meses.

	n	%	% s/inf.	IC95%
Utilização de outros serviços de saúde			--	
Realização de exames complementares de diagnóstico	219	71,2	0,9	(65,2; 77,2)
Fisioterapia	218	10,6	1,4	(6,5; 14,7)
Terapia ocupacional	218	0,5	1,4	(0; 1,4)
Terapia da fala	218	0,5	1,4	(0; 1,4)
Enfermagem (exclui enfermagem de hospital, domicílio ou laboratório/radiologia)	218	25,2	1,4	(19,4; 31)
Psicologia	218	0,5	1,4	(0; 1,4)
Nutrição	218	3,2	1,4	(0,9; 5,5)
Quiropraxia	218	0,5	1,4	(0; 1,4)
Fitoterapia	218	0,9	1,4	(0; 2,2)
Homeopatia	218	0,9	1,4	(0; 2,2)
Osteopatia	218	2,3	1,4	(0,3; 4,3)
Acupunctura	218	0,9	1,4	(0; 2,2)
Outros paramédicos	214	0,5	3,2	(0; 1,4)
Outros	220	1,4	0,5	(0; 3)

n - número de respostas válidas

Avaliação do serviço prestado pelo centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar (USF)

A avaliação dos serviços de saúde resultou da junção de um conjunto de indicadores propostos pelo FEHES (2008) e pelo estudo de Villaverde Cabral *et.al.* (2002). Conclui-se que estamos perante um cenário global de avaliação positiva dos centros de saúde/ unidade de saúde familiar (com qualificação de bom/muito bom ou excelente), com especial destaque para os serviços de enfermagem (81,4%), médico de família (75,6%), serviço de prevenção de doenças (75,4%) e cuidados no domicílio (73%). Já em relação aos indicadores “tempo de espera por uma consulta” e “tempo de espera antes de ser atendido no dia de consulta”, os respondentes fazem uma avaliação pior destes serviços.

Quadro 43. Percentagem de respondentes, que avaliaram o serviço prestado no Centro de Saúde/ Unidade de Saúde Familiar como Excelente/Muito Bom/Bom

	n	%	% s/inf.	IC95%
Avaliação dos serviços prestados pelo CS/USF				
Serviços de enfermagem	199	81,4	5	(76,0; 86,8)
A consulta com o seu médico	205	75,6	3,2	(69,7; 81,5)
Serviço de prevenção de doenças	195	75,4	4,5	(69,3; 81,4)
Cuidados no domicílio	63	73,0	12,2	(62,1; 84,0)
Condições das instalações	206	68,4	3,6	(62,1; 74,8)
Serviços prestados pela rede de cuidados continuados	50	68,0	14,5	(55,1; 80,9)
Satisfação em geral	196	67,9	8,1	(61,3; 74,4)
Serviços administrativos	202	67,8	4,1	(61,4; 74,3)
Atendimento telefónico	167	64,7	4,1	(57,4; 71,9)
Horário de funcionamento	203	58,1	3,6	(51,3; 64,9)
Facilidade em marcar consulta	202	55,4	4,5	(48,6; 62,3)
Ligação com outros serviços de apoio social	51	52,9	14,9	(39,2; 66,6)
Ligação com outros serviços de saúde	125	52,0	9,5	(43,2; 60,8)
Tempo de espera pela marcação de uma consulta	205	37,6	3,6	(30,9; 44,2)
Tempo de espera antes de ser atendido no dia da consulta	206	36,9	2,7	(30,3; 43,5)

n - número de respostas válidas

Quais as principais determinantes que influenciam o estado de saúde da população?

Como determinantes da saúde considerou-se o consumo de tabaco e de álcool, os hábitos alimentares, a exposição ao sol, fatores que se relacionam diretamente com os estilos de vida adotados. Associado aos determinantes surge o papel dos contextos sociais. *Qual a rede de suporte social dos respondentes? De que forma os indivíduos percebem a sua qualidade de vida e qual o seu nível de sofrimento psicológico?* Estas e outras são algumas das principais questões que o presente relatório procurou responder. Começamos pelo consumo de tabaco.

Consumo de tabaco

Da amostra inquirida, a maioria era não fumador (61,1%); 19,1% dos indivíduos era fumador e 19,5% ex-fumadores.

Quadro 44. Comportamentos dos indivíduos face ao consumo de tabaco -Prevalência de fumadores, ex-fumadores e não fumadores.

	n	%	%s/inf.	IC95%
Total	220		0,5	
Fumador		19,1		(13,9; 24,3)
Não fumador		61,4		(54,9; 67,8)
Ex-fumador		19,5		(14,3; 24,8)

Após a desagregação, verificou-se que o consumo de tabaco se encontra significativamente associado a todas as variáveis em análise. Assim e de acordo com os dados presentes no Quadro 45, o consumo de tabaco era mais elevado nos homens (22,6%), no grupo etário mais novo dos 25 a 44 anos (36,9%), nos indivíduos com habilitações superiores (42,1%), nos ativos (27,1%) e nos divorciados (35,7%).

Quadro 45. Prevalência de fumadores por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	n	%	%s/inf.	IC95%	p
TOTAL	220	19,1	0,5	(13,9; 24,3)	
Sexo	220		0,5		<0,001 ^a
Masculino	93	22,6		(14,1; 31,1)	
Feminino	127	16,5		(10; 23)	
Grupos etários	220		0,5		<0,001 ^b
25-44	65	36,9		(25,2; 48,6)	
45-64	70	21,4		(11,8; 31)	
≥ 65	85	3,5 [#]		(0; 7,4)	
Nível de instrução	210		5,0		<0,001 ^b
Sem escolaridade	38	10,5 [#]		(0,8; 20,2)	
Ensino básico	122	14,8		(8,5; 21,1)	
Ensino secundário	31	38,7		(21,6; 55,8)	
Ensino superior	19	42,1		(19,9; 64,3)	
Ocupação	210		5,0		0,001 ^a
Ativa	85	27,1		(17,7; 36,5)	
Não Ativa	125	13,6		(7,6; 19,6)	
Estado Civil	219		0,9		0,027 ^b
Solteiro(a)	21	28,6		(9,3; 47,9)	
Casado/ União de Facto	158	18,4		(12,4; 24,4)	
Divorciado(a)	14	35,7 [#]		(10,6; 60,8)	
Viúvo(a)	26	3,8 [#]		(0; 11,1)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

De entre os fumadores, a regularidade do consumo era diferente, mas a grande maioria tinha hábitos diários de consumo de tabaco (85,4%) (Quadro 46).

Quadro 46. Distribuição (%) dos respondentes fumadores por regularidade de consumo de tabaco.

	n	%	% s/inf.	IC95%
Total	41		0,9	
Diariamente		85,4		(74,5; 96,2)
Ocasionalmente		14,6		(3,8; 25,5)

n - número de respostas válidas

Um segundo determinante de saúde refere-se ao consumo de álcool.

Consumo de álcool

No que respeita aos padrões de consumo de álcool, a maioria dos respondentes (67,0%) referiu ter bebido pelo menos uma bebida nos últimos 12 meses.

Quadro 47. Comportamento dos indivíduos face ao consumo de álcool nos 12 meses que antecederam a entrevista.

	n	%	% s/inf.	IC95%
Total	215		2,7	
Não consumiu álcool		33,0		(26,7; 39,3)
Consumo de pelo menos 1 bebida nos últimos 12 meses		67,0		(60,7; 73,3)

De acordo com o Quadro 48 existe uma relação estatisticamente significativa entre os indivíduos que se abstiveram de consumir bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses e as variáveis de desagregação segundo o sexo, o nível de instrução, a ocupação e o estado civil.

As mulheres responderam em maior percentagem não ter consumido bebidas alcoólicas (50,0%), bem como os indivíduos com 65 e mais anos (41,7%).

Relativamente ao grau de instrução e ocupação, foram os indivíduos sem escolaridade (52,8%) e os não ativos (42,7%) que se abstiveram de consumir álcool. Por último, os viúvos referiram em maior percentagem não ter consumido nenhuma bebida alcoólica nos últimos 12 meses (56,0%).

Quadro 48. Percentagem de indivíduos que não consumiram pelo menos uma bebida nos 12 que antecederam a entrevista, por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	n	%	% s/inf.	IC95%	p
TOTAL	215	33,0	2,7	(26,7; 39,3)	
Sexo	215		2,7		<0,001 ^a
Masculino	91	9,9		(3,8; 16)	
Feminino	124	50,0		(41,2; 58,8)	
Grupos etários	215		2,7		0,087 ^b
25-44	63	25,4		(14,7; 36,1)	
45-64	68	29,4		(18,6; 40,2)	
≥ 65	84	41,7		(31,2; 52,2)	
Nível de instrução	205		7,2		0,001 ^b
Sem escolaridade	36	52,8		(36,5; 69,1)	
Ensino Básico	119	35,3		(26,7; 43,9)	
Ensino secundário	31	16,1 [#]		(3,2; 29)	
Ensino superior	19	5,3 [#]		(0; 15,4)	
Ocupação	206		6,8		0,003 ^a
Ativa	82	22,0		(13; 31)	
Não Ativa	124	42,7		(34; 51,4)	
Estado Civil	214		3,2		0,015 ^b
Solteiro(a)	20	30,0		(9,9; 50,1)	
Casado/ União de Facto	155	31,6		(24,3; 38,9)	
Divorciado(a)	14	7,1 [#]		(0; 20,6)	
Viúvo(a)	25	56,0		(36,5; 75,5)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

De acordo com os dados presentes no Quadro 49, o tipo de bebida mais frequentemente consumida foi o vinho (58,7%), seguida da cerveja (45,9%).

Quadro 49. Distribuição (%) dos respondentes por tipo de bebida alcoólica consumida (periodicidade de consumo mensal, semanal ou diário).

	n	%	% s/inf.	IC95%
Total	221		2,7	
Vinho	206	58,7	6,8	(52; 65,4)
Cerveja	196	45,9	11,3	(38,9; 52,9)
Licores	176	20,5	20,4	(14,5; 26,5)
Bebidas espirituosas	177	21,5	19,9	(15,4; 27,6)
Outras bebidas alcoólicas	93	13,8	58,0	(6,8; 20,8)

n - número de respostas válidas

Na Figura 10 está representada o tipo de bebidas alcoólicas segundo a periodicidade com que é consumida. De uma forma geral, o vinho é consumido diariamente e a cerveja constitui a bebida mais consumida, quando o período em causa é a semana ou mês. As restantes bebidas (licores ou bebidas espirituosas), são referidas com consumos mensais ou inferiores.

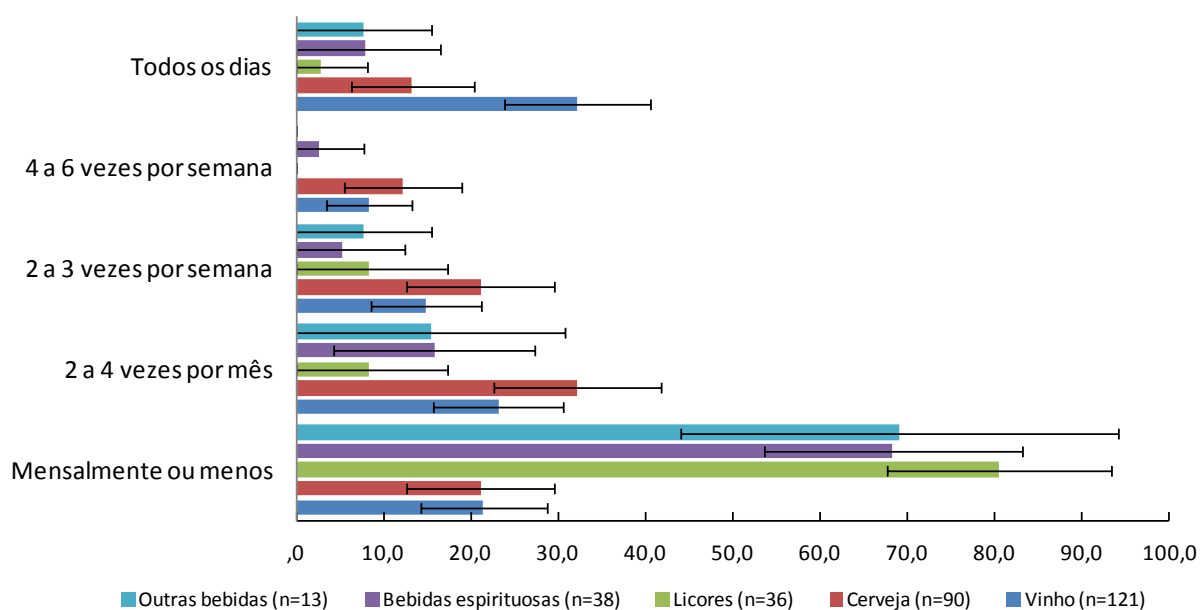


Figura 10. Frequência de consumo de bebidas alcoólicas

Relativamente aos consumos, os respondentes foram ainda inquiridos sobre a frequência com que tinham ingerido 6 ou mais bebidas numa única ocasião. A grande maioria dos respondentes referiu nunca o ter feito (79,9%), tendo 3,8% referido ter este hábito uma vez por semana (Quadro 50).

Quadro 50. Distribuição (%) dos respondentes por frequência com que tomou 6 ou mais bebidas numa única ocasião.

	n	%	% s/inf.	IC95%
Com que frequência tomou 6 ou mais bebidas numa única ocasião	209		5,4	
Nunca		79,9		(74,5; 85,3)
Menos de 1 vez por mês		10,0		(5,9; 14,1)
1 vez por mês		4,3		(1,5; 7,1)
1 vez por semana		3,8		(1,2; 6,4)
1 vez por dia		1,9		(0; 3,8)

n - número de respostas válidas

Hábitos alimentares

No Quadro 51 encontra-se a distribuição dos respondentes pelo número de refeições que faz habitualmente por dia. De acordo com o mesmo, a grande maioria dos respondentes (82,7%) faz 3 refeições principais por dia.

Quadro 51. Distribuição (%) dos respondentes por número de refeições principais que toma habitualmente por dia

	n	%	% s/inf.	IC95%
Número de refeições principais	208		5,9	
2 refeições		10,1		(6; 14,2)
3 refeições		82,7		(77,6; 87,8)
4 ou mais refeições		7,2		(3,7; 10,7)

n - número de respostas válidas

Nas refeições principais (que antecederam ao dia da entrevista), os alimentos referidos pelos respondentes em maior percentagem foram os hidratos de carbono e a fruta (84,2% e 82,8%). Os vegetais/saladas, o peixe e, em menor percentagem, as carnes brancas e vermelhas constituem outros dos alimentos mencionados pelos respondentes. Apenas uma percentagem pequena de indivíduos referiu ter consumido *fast-food* (3,2%).

Como bebidas consumidas, durante a refeição, destacam-se o leite e derivados, a água engarrafada, o café e o chá. Os refrigerantes e outras bebidas apresentam valores de consumo inferiores, como 11,3% e 7,7%, respetivamente.

Quadro 52. Percentagem de respondentes por tipo de alimento consumido nas refeições principais, no dia que antecedeu à entrevista.

	N	%	% s/inf.	IC95%
Alimentos consumidos				
Hidratos de carbono (pão, batata, massa, arroz)	221	84,2	--	(79,4; 89)
Fruta	221	82,8	--	(77,8; 87,8)
Vegetais/ saladas	221	73,8	--	(68; 79,6)
Peixe	221	51,1	--	(44,5; 57,7)
Carnes brancas (aves)	221	39,8	--	(33,3; 46,3)
Carnes vermelhas (vaca, porco, borrego, cabra)	221	38,5	--	(32,1; 44,9)
Leguminosas frescas ou secas (feijão, lentilhas, grão, favas, soja, ervilhas)	221	28,5	--	(22,5; 34,5)
Ovos	221	22,2	--	(16,7; 27,7)
Doces/ bolos/sobremesa	221	21,7	--	(16,3; 27,1)
Sumos de frutas naturais/ vegetais	221	20,4	--	(15,1; 25,7)
Chouriço, presunto	221	17,6	--	(12,6; 22,6)
Cereais integrais (inclui arroz integral)	221	13,1	--	(8,7; 17,5)
Frutos secos (nozes, amêndoas, passas, amendoim)	221	12,7	--	(8,3; 17,1)
Cereais açucarados (<i>cornflakes</i> , <i>All-bran</i>)	221	6,3	--	(3,1; 9,5)
Salgados (rissóis, croquetes, folhados, empadas snacks)	221	4,5	--	(1,8; 7,2)
Molhos no prato (mostarda, maionese, ketchup)	221	4,1	--	(1,5; 6,7)
Outros alimentos	221	4,1	--	(1,5; 6,7)
<i>Fast-food</i> (hambúrgueres/batatas fritas)	221	3,2	--	(0,9; 5,5)
Bebidas consumidas				
Leite e derivados (leite, iogurte e queijo)	221	75,1	--	(69,4; 80,8)
Água engarrafada	221	73,8	--	(68; 79,6)
Café/chá	221	65,2	--	(58,9; 71,5)
Refrigerantes (Coca cola, Sumol)	221	11,3	--	(7,1; 15,5)
Outras bebidas	221	7,7	--	(4,2; 11,2)

n - número de registos válidos;

Quando inquiridos sobre o hábito de fazer refeições fora das principais, 154 inquiridos, correspondendo a uma percentagem de 70,6% (IC95%: 64,6%; 76,6%), responderam afirmativamente, tendo a maioria referido que faz 1 a 2 refeições entre as refeições principais (Quadro 53).

Quadro 53. Distribuição (%) dos respondentes por número de vezes que come fora das refeições principais

	n	%	% s/inf.	IC95%
Número de refeições fora das principais	143		5,0	
1 refeição		47,6		(39,4; 55,8)
2 refeições		42,0		(33,9; 50,1)
3 ou mais refeições		10,5		(5,5; 15,5)

n - número de respostas válidas

Exposição ao sol

A exposição ao sol, embora traga benefícios, como auxiliar na absorção da vitamina E, e permitir fixar o cálcio no organismo, tem também sérias implicações para a saúde quando em excesso. O envelhecimento precoce e o cancro de pele são algumas das consequências nefastas da exposição exagerada ao sol.

Neste contexto, foi perguntado aos participantes se exerceram um trabalho ao ar livre no último ano. Dos 219 respondentes, 43,8% (IC95%: 37,2%; 50,4%) referiu possuir um trabalho ao ar livre, passando, em média, 4,2 horas diárias ao sol (IC 95%: 3,7; 4,7).

Quando inquiridos sobre a utilização de proteção solar (creme protetor solar, chapéu ou roupa de proteção) entre os meses de Junho a Setembro, quando expostos ao sol por mais de 30 minutos, a maioria (54,4%) dos participantes revela utilizar proteção solar muitas vezes ou sempre.

Quadro 54. Distribuição dos respondentes de acordo com a utilização de proteção solar durante uma exposição igual ou superior a 30 minutos, entre Junho e Setembro.

	n	%	% s/inf.	IC95%
Total	213		2,7	
Nunca/Raramente		22,1		(16,5; 27,7)
Às vezes		22,5		(16,9; 28,1)
Muitas vezes/sempre		54,5		(47,8; 61,2)

n - número de respostas válidas

Entre os determinantes em saúde associados a estilos de vida saudáveis surge também o papel da rede de suporte social dos respondentes. Como se concluiu anteriormente, uma das medidas preventivas que os respondentes consideraram relevantes para manter o seu estado de saúde foi a importância do convívio com a família e os amigos (77,8% do total de respondentes).

Que relações sociais estabelecem com a sua rede de apoio? Como percebem a sua qualidade de vida e o seu bem-estar psicológico? Foram algumas das questões que iremos abordar no ponto seguinte.

Rede social de suporte

Analisar as redes de suporte social reveste-se de crucial importância pela natureza e função das relações sociais dos indivíduos com o seu ambiente social, e o papel que estas relações desempenham no seu bem-estar físico, psicológico e social.

A medição da rede social é complexa e inclui um conjunto de indicadores como o tamanho (o número de relações), a variedade (diferentes tipos de relações), qualidade e a intensidade (natureza e a força da relação) e a estabilidade (duração da ligação) das relações sociais (Antonucci, 1980). Para analisar o papel das redes sociais foram definidos dois indicadores: o número de pessoas disponíveis que o indivíduo possui, na sua rede social, e o suporte social prestado (emocional, económico, informacional, em caso de doença, entre outros).

Partindo do número de pessoas que foram referenciadas como estando disponíveis no circuito de relações sociais, no caso da população de São Brás, conclui-se que 45,6% da população inquirida possui entre 1 a 2 pessoas e 29,5 % entre 3 a 5 pessoas a quem recorrer em caso de um problema pessoal grave. Somente 5,1% dos respondentes referenciou não ter ninguém.

Quadro 55. Nº de pessoas próximas a quem socorrer em caso de um problema pessoal grave

	n	%	% s/inf.	IC95%
Total	217		1,8	
Nenhuma		5,1		(2,2; 8)
1 a 2		45,6		(39; 52,2)
3 a 5		29,5		(23,4; 35,6)
Mais de 5		19,8		(14,5; 25,1)

Quando se relaciona o papel das redes de suporte com as características sociodemográficas dos indivíduos que referenciaram ter 1 a 2 pessoas a quem recorrer, os dados indicam que, por um lado, são os indivíduos com 65 e mais anos que apresentam a maior percentagem

(56%) e por outro, que existe uma associação entre os respondentes com 1 a 2 pessoas disponíveis e a inatividade, bem como com o estado civil de viuvez.

Quadro 56. Percentagem dos respondentes que referiram possuir entre 1 a 2 pessoas na sua rede de suporte por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil

	n	%	% s/inf.	IC95%	p
TOTAL	217	45,6	1,8	(39; 52,2)	
Sexo	217		1,8		0,058 ^a
Masculino	91	50,5		(40,2; 60,8)	
Feminino	126	42,1		(33,5; 50,7)	
Grupos etários	217		1,8		0,024 ^b
25-44	62	32,3		(20,7; 43,9)	
45-64	71	45,1		(33,5; 56,7)	
≥ 64	84	56,0		(45,4; 66,6)	
Nível de instrução	207		6,3		0,677 ^b
Sem escolaridade	38	44,7		(28,9; 60,5)	
Ensino básico	120	50,0		(41,1; 58,9)	
Ensino secundário	30	46,7		(28,8; 64,6)	
Ensino superior	19	31,6		(10,7; 52,5)	
Ocupação	207		6,3		0,016 ^a
Ativa	84	38,1		(27,7; 48,5)	
Não Ativa	123	50,4		(41,6; 59,2)	
Estado civil	216		2,3		0,029 ^b
Solteiro	21	38,1		(17,3; 58,9)	
Casado/União de facto	156	46,2		(38,4; 54)	
Divorciado	14	28,6 [#]		(4,9; 52,3)	
Viúvo	25	56,0		(36,5; 75,5)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

O suporte social é definido em termos de “*conteúdo funcional das relações, abrangendo o grau de envolvimento afetivo-emocional ou instrumental, a ajuda ou a informação*” (Ornelas, 1994:334). Este conceito é medido através das relações que o indivíduo estabelece com o meio social, que poderão ser relações familiares, de sociabilidade ou de vizinhança. Para a caracterização do suporte social consideraram-se, à luz da perspetiva de Antonucci (1990), sete dimensões: cuidados na doença; conversar quando se está preocupado, triste, só ou nervoso; necessidade de ajuda (apoio pessoal e instrumental), em caso de doença ou incapacidade, ajuda nos assuntos administrativos ou ainda ajuda financeira.

A partir desta conceptualização, concluiu-se que, independentemente da natureza dos apoios são os **cônjuges e os filhos** as principais fontes de suporte, com especial relevância para os apoios que impliquem cuidados (apoiar na doença, incapacidade), tarefas de âmbito mais instrumental (p. ex. tarefas domésticas), administrativo e de suporte emocional e psicológico.

Os **amigos** exercem um papel importante, como fonte de suporte, para apoios de âmbito mais emocional, tal como falar sobre um problema ou em caso de tristeza. Com menor expressão surge o apoio administrativo ou financeiro. Os **pais** exercem um papel importante em praticamente todos os tipos de apoios, elevando-se no apoio financeiro, à semelhança dos outros familiares, como os **irmãos/irmãs**.

Os netos são o exemplo mais paradigmático da fraca participação nos apoios mencionados, à semelhança da não família (vizinhos e conhecidos). Somente uma minoria da população revelou não possuir ninguém na sua rede de suporte, por ninguém estar disponível para apoiar.

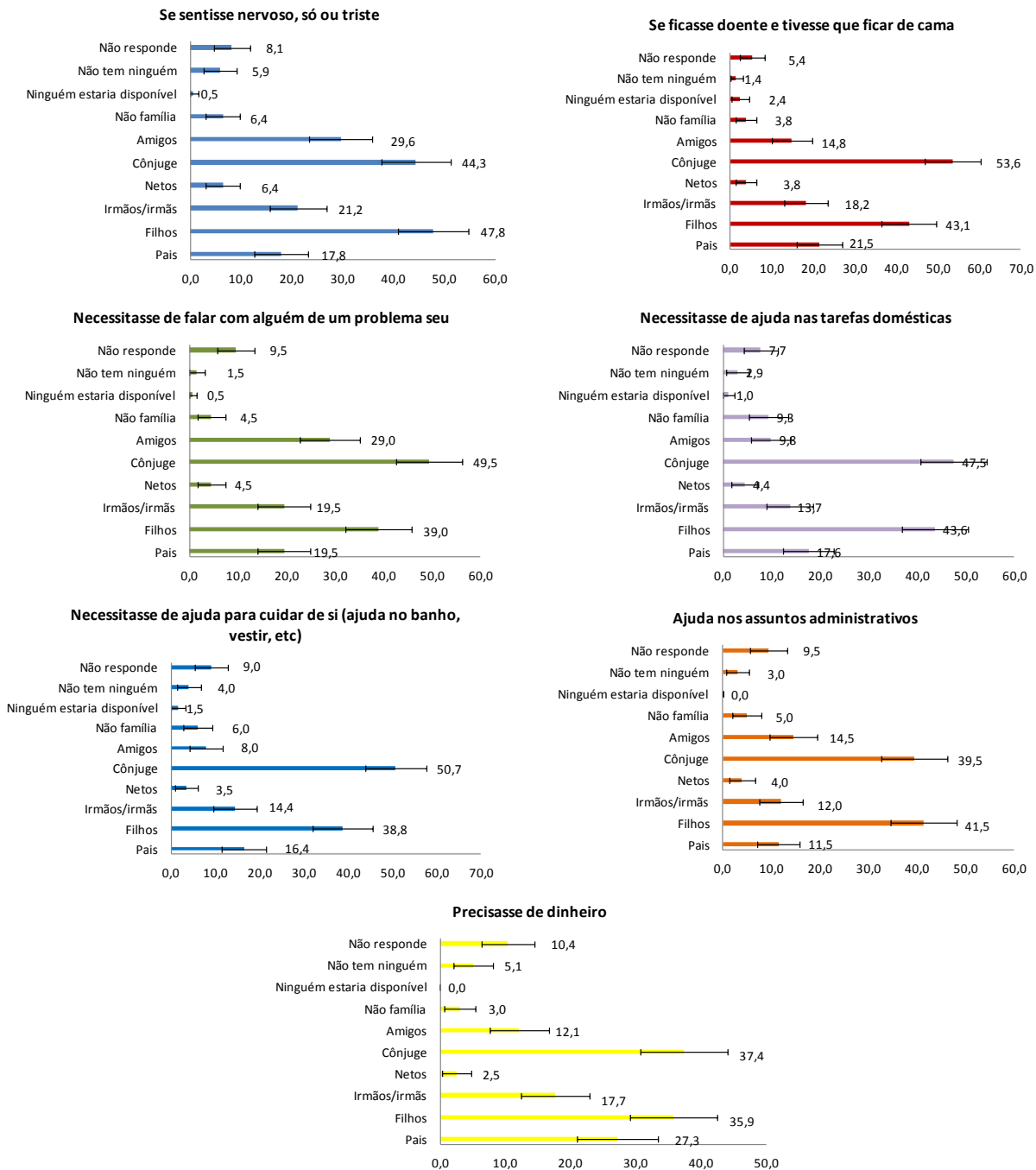


Figura 11. O papel das redes sociais de suporte

O papel das relações sociais está estritamente relacionado com uma das dimensões do conceito de **qualidade de vida**. A OMS define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994). O reconhecimento da multidimensionalidade do conceito refletiu-se na construção do instrumento baseado em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais.

Partindo desta conceptualização, a qualidade de vida traduz-se no grau de satisfação (muito má, má, nem má nem boa, boa e muito boa) que os indivíduos fazem sobre a sua saúde, relações pessoais, capacidade para realizar atividades diárias, atividades profissionais, financeiras, entre outras.

Do quadro seguinte conclui-se, por um lado, que os homens revelam ter uma perceção da qualidade de vida mais positiva quando comparada à das mulheres. Em contrapartida, à medida que a idade avança, mais negativa é a autoavaliação que os respondentes fazem sobre a sua qualidade de vida. Os dados revelam que uma maior escolaridade e a ocupação podem ser preditores de uma perceção mais positiva sobre a qualidade de vida.

Quadro 57. Valores médios, mínimos e máximos do score qualidade por sexo, idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	N	Média	IC95%	Mínimo	Máximo	p
Total	214	3,60	(3,53; 3,67)	2	5	
Sexo						0,002 ^a
Masculino	93	3,72	(3,62; 3,83)	2,00	5,00	
Feminino	126	3,51	(3,42; 3,6)	2,00	4,86	
Grupos etários						<0,001 ^b
25-44	65	3,75	(3,64; 3,87)	2,50	4,88	
45-64	71	3,68	(3,56; 3,79)	2,43	4,88	
≥ 65	83	3,41	(3,29; 3,53)	2,00	5,00	
Nível de instrução						<0,001 ^b
Sem escolaridade	37	3,17	(3,02; 3,33)	2,00	4,50	
Ensino Básico	122	3,66	(3,56; 3,75)	2,00	5,00	
Ensino secundário	31	3,66	(3,52; 3,8)	2,75	4,25	
Ensino superior	19	3,79	(3,61; 3,97)	3,13	4,88	
Ocupação						0,002 ^a
Ativos	86	3,73	(3,64; 3,82)	2,75	4,88	
Não ativos	123	3,49	(3,39; 3,59)	2,00	5,00	
Estado Civil						0,004 ^b
Solteiro(a)	21	3,65	(3,45; 3,86)	2,75	4,88	
Casado/União Facto	157	3,61	(3,52; 3,69)	2,00	5,00	
Divorciado(a)	0	3,95	(3,74; 4,16)	3,38	4,67	
Viúvo(a)	14	3,32	(3,12; 3,52)	2,00	4,38	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação do valor médio entre as classes da variável: a- teste de Mann-Whitney; b- teste Kruskal Wallis.

De acordo com os resultados presentes no Quadro 58, do total de respondentes, 96,8% classificaram a sua qualidade de vida. Dos indivíduos que referiram ter uma boa/muito boa qualidade de vida (correspondendo a 49,1%), existe uma relação significativa com a idade, nomeadamente com a percentagem de indivíduos com idade entre os 25-44 anos e os 45 - 64 anos, mais escolarizados e a exercer uma atividade profissional.

Esta percentagem vai ao encontro dos resultados do INS (2005), em que 48,6% da população residente em Portugal avaliou a sua qualidade de vida como boa ou muito boa (p. 71).

Quadro 58. Percentagem de respondentes que classificam como boa/muito boa a sua qualidade de vida segundo o sexo, a idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	n	%	% s/inf.	IC95%	p
TOTAL	214	49,1	3,2	(42,4; 55,8)	
Sexo	214		3,2		0,663 ^a
Masculino	92	52,2		(42; 62,4)	
Feminino	122	46,7		(37,8; 55,6)	
Grupos etários	214		3,2		0,026 ^b
25-44	63	57,1		(44,9; 69,3)	
45-64	70	54,3		(42,6; 66)	
≥ 65	81	38,3		(27,7; 48,9)	
Nível de instrução	204		7,7		<0,001 ^b
Sem escolaridade	36	19,4		(6,5; 32,3)	
Ensino Básico	118	44,9		(35,9; 53,9)	
Ensino secundário	31	61,3		(44,2; 78,4)	
Ensino superior	19	94,7		(84,6; 104,8)	
Ocupação	205		7,2		0,029 ^a
Ativa	84	53,6		(42,9; 64,3)	
Não Ativa	121	44,6		(35,7; 53,5)	
Estado Civil	213		3,6		0,042 ^b
Solteiro(a)	21	38,1		(17,3; 58,9)	
Casado/União Facto	152	52,0		(44,1; 59,9)	
Divorciado(a)	14	71,4		(47,7; 95,1)	
Viúvo(a)	26	26,9		(9,9; 43,9)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson.

Outra das variáveis relacionadas com a qualidade de vida surge a saúde mental. A partir do indicador - *Mental Health Index* (MHI-5) - proposto pela WHO (2003) procurou-se avaliar a

forma como o respondente se sentiu nas últimas 4 semanas, tendo como base cinco indicadores: o sentir-se nervoso, deprimido, calmo/tranquilo, triste/desanimado e feliz.

Na globalidade estamos perante uma população que na sua maioria (76,8%) revela um nível global de bem-estar psicológico significativo e 23,2% desta população está no limiar do designado *distress* psicológico, ou seja, em sofrimento psicológico (MHI-5 \leq 52) (*Mental Health Index* (MHI-5)) (WHO, 2003).

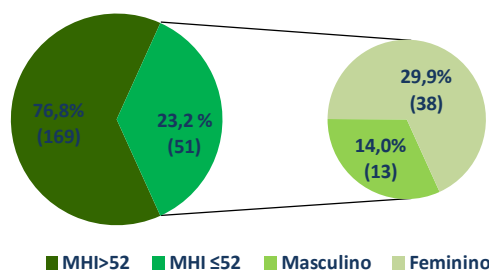


Figura 12. Distribuição dos respondentes de acordo com o sofrimento psicológico, Mental Health Index (MHI) e proporção de respondentes com MHI < 52 por sexo

De acordo com os resultados presentes no Quadro 59, do total de respondentes, 23,2% indicam que se encontram num estado de sofrimento psicológico, nas últimas quatro semanas (0,5% não responderam). Podemos concluir que são sobretudo, as mulheres, os indivíduos com pouca escolarização, em situação de inatividade e com o estado civil viuvez que revelam sintomas de uma maior vulnerabilidade psicológica.

Observam-se, assim, importantes matizes neste subgrupo, indo também ao encontro dos resultados obtidos no INS (2005), segundo o qual, em 2005, “cerca de 27,2% da população residente com 15 ou mais anos registava a existência provável de sofrimento psicológico” (p. 42). Esta percentagem era superior nas mulheres, nos indivíduos com quatro anos de escolaridade, em situação de inatividade (desemprego, reforma e doméstica) e nos grupos etários mais velhos.

Quadro 59. Percentagem de respondentes que se encontravam em sofrimento psicológico o sexo, a idade, nível de instrução, ocupação e estado civil.

	n	%	% s/inf.	IC95%	p
TOTAL	220	23,2	0,5	(17,6; 28,8)	
Sexo	220		0,5		0,006 ^a
Masculino	93	14,0		(6,9; 21,1)	
Feminino	127	29,9		(21,9; 37,9)	
Grupos etários	220		0,5		0,245 ^b
25-44	65	16,9		(7,8; 26)	
45-64	71	22,5		(12,8; 32,2)	
≥ 65	84	28,6		(18,9; 38,3)	
Nível de instrução	210		5,0		0,248 ^b
Sem escolaridade	37	35,1		(19,7; 50,5)	
Ensino básico	123	21,1		(13,9; 28,3)	
Ensino secundário	31	19,4		(5,5; 33,3)	
Ensino superior	19	15,8 [#]		(0; 32,2)	
Ocupação	210		5,0		0,189 ^a
Ativa	86	18,6		(10,4; 26,8)	
Não Ativa	124	26,6		(18,8; 34,4)	
Estado civil	219		0,9		0,178 ^b
Solteiro	21	14,3 [#]		(0; 29,3)	
Casado/União de facto	158	24,1		(17,4; 30,8)	
Divorciado	14	7,1 [#]		(0; 20,6)	
Viúvo	26	34,6		(16,3; 52,9)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável: a- Teste Exato de Fisher; b- teste Qui-Quadrado de Pearson; # percentagem calculada com base num numerador inferior ou igual a 5.

Conclusões

Quem são os participantes?

Os respondentes eram maioritariamente mulheres (57,9%), 38,5% tinham 65 e mais anos, com uma escolaridade básica (58,3%), essencialmente população não ativa (59,2%) e com um estado civil casado/união de facto (72,3%).

Qual o seu estado de saúde?

- A maioria dos respondentes avalia o seu estado de saúde como razoável, 41,2% como bom ou muito bom e apenas 7,3% dos participantes avalia o seu estado de saúde como mau ou muito mau;
- A maioria dos respondentes (63,3%) referiu a existência de uma doença crónica. As doenças crónicas mais prevalentes (confirmadas por um médico) são a hipertensão, a hipercolesterolemia e as cáries dentárias;
- No total, 62,4% dos participantes referiu possuir um familiar em primeiro grau com a mesma doença;
- A maioria dos doentes que sofre de alguma das doenças crónicas toma medicamentos prescritos pelo médico para essas mesmas doenças;
- Entre a população, 34,6% revelou limitações nas atividades da vida diária, destacando-se as mulheres, os respondentes com idade igual ou superior a 64 anos, pouco escolarizados e em situação de inatividade.

Quais os cuidados de saúde utilizados?

Como medidas preventivas para manter ou melhorar o seu estado de saúde salienta-se a adoção de uma alimentação saudável, conviver com a família/ amigos, possuir cuidados de higiene oral e medir a pressão arterial. No âmbito dos cuidados preventivos da saúde, como a medição do nível de colesterol, a ida ao médico regularmente e a realização de rastreios regulares e exames de rotina, foram algumas das medidas invocadas pelos respondentes. Estes resultados vão ao encontro dos dados referentes à caracterização dos cuidados de saúde, nomeadamente preventivos.

Relativamente aos **cuidados de saúde feminina** destacam-se os seguintes:

- Das 62 mulheres com idades entre os 25 e 55 anos, 61,3% indicaram utilizar pelo menos um método contraceptivo (pílula, DIU);
- Os exames realizados por estas foram a mamografia (realizado há mais de um ano), seguida da citologia (há mais de um ano (36,2%).

Relativamente à utilização de **cuidados de saúde**:

- Uma minoria dos respondentes (7,7%) foi *internado num hospital*, tendo como causa principal “uma cirurgia programada” (35,3%) e a mesma percentagem de respondentes referiu ter ido ao hospital como doente ambulatorio;
- Contrariamente ao internamento hospitalar, a maioria dos respondentes (70,1%) recorreu ao médico de família (“há menos de 12 meses”). A maior acessibilidade aos *cuidados de saúde primários* estava significativamente associada ao *sexo* (sendo maior nas mulheres do que nos homens); à *idade* (os indivíduos com 65 e + anos referiram em maior percentagem ter-se deslocado ao Centro de Saúde) e ao *nível de instrução* (verificou-se uma diminuição progressiva do recurso ao Centro de Saúde com o nível de escolaridade). As razões principais da consulta foi a realização de exames de rotina, pedido de receitas/exames e motivos de doença;
- O recurso às consultas de especialidade foi referido por 84,1% dos respondentes, tendo a sua maioria realizada há menos de 12 meses (54,1%) e tiveram como principais motivos a realização de tratamentos, exames de rotina e motivos de doença;
- Para além das consultas com o médico de família e de especialidade, os respondentes recorreram ao centro de saúde para a realização de exames complementares de diagnóstico e para ter acesso a cuidados de enfermagem;
- Da avaliação dos serviços de saúde sobressai uma avaliação positiva dos serviços prestados pelo centro de saúde/ unidade de saúde familiar (com qualificação de bom/muito bom ou excelente), com especial destaque para os serviços de enfermagem, médico de família, o serviço de prevenção de doenças, entre outros. Os “tempo de espera” (por uma consulta ou antes da pessoa ser atendida) obtiveram uma avaliação negativa por parte dos respondentes.

Quais as principais determinantes da saúde?

A maioria da população revelou estilos de vida saudáveis, traduzidos por:

- Não fumar – 61,1% era não fumadora;
- Álcool - 33,0% referiu não ter consumido qualquer tipo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses;
- Alimentação - a maioria dos respondentes (82,7%) fazia 3 refeições principais diárias. Os alimentos referidos em maior percentagem foram os hidratos de carbono e a fruta (84,2% e 82,8%). Os vegetais/saladas, o peixe e, em menor percentagem, as carnes brancas e vermelhas, foram outros dos alimentos mencionados pelos respondentes.

Outras determinantes:

Exposição ao sol

- 43,8% do total da população exerce um trabalho ao ar livre, passando, em média, 4,2 horas diárias ao sol. Quando expostos ao sol por mais de 30 minutos, a maioria (54,4%) utiliza mecanismos de proteção solar (muitas vezes ou sempre), destacando-se o creme protetor solar, chapéu ou roupa de proteção, sobretudo entre os meses de Junho a Setembro.

Redes sociais de suporte

- Independentemente da natureza dos apoios são os *cônjuges e os filhos* as principais fontes de suporte social, com especial relevância para os apoios que implicam cuidados (apoiar na doença, incapacidade), tarefas de âmbito mais instrumental (p. ex. tarefas domésticas), administrativo e de suporte emocional e psicológico.

Qualidade de vida

- Os homens demonstram ter uma perceção da qualidade de vida mais positiva quando comparada à das mulheres. Em oposição, à medida que a idade avança, mais negativa é a auto-avaliação que os respondentes fazem sobre a mesma.

Saúde Mental

- 23,2% dos respondentes encontrava-se num estado de sofrimento psicológico. Os inquiridos do sexo feminino, com pouca escolarização, em situação de inatividade e

com o estado civil viuvez que revelaram sintomas de uma maior vulnerabilidade psicológica.

Exame Físico

- Relativamente ao exame físico podemos dizer que 42,3% dos participantes se encontra em excesso de peso e 29,5% são mesmo obesos.
- Através da medição da razão entre o perímetro da cintura e da anca podemos concluir que 84,1% dos participantes se encontra em risco de complicações metabólicas.
- Relativamente à pressão arterial, 13,1% dos participantes apresenta hipertensão. Destes, 59% refere tomar medicamentos para esta condição, pelo que não conseguem manter controlada a sua hipertensão arterial. Por outro lado, os restantes 41% desconhecem a sua condição de saúde.

Análises Bioquímicas

- Das análises bioquímicas destaca-se o facto de 17,7% dos respondentes apresentarem valores de glucose no sangue em jejum superiores a 110mg/dl. Destes, 93,3% refere tomar medicação específica para esta condição.
- Do total dos participantes, 9,1% apresenta níveis elevados de colesterol total. Destes, apenas 7,1% refere tomar medicação para a hipercolesterolemia.

Hemograma

- Do hemograma, destaca-se o facto de 17,8% dos participantes apresentar valores anormais de hemoglobina, 13,6% de valores alterados de hematócrito e 11,0% de HGM. Relativamente ao hemograma propriamente dito, será necessário melhorar os aspetos metodológicos, nomeadamente os que estão relacionados com o transporte das amostras e terá que ser, futuramente, equacionada a alternativa de realizar o hemograma, após a colheita de sangue, no próprio local.

Referências

Antonucci, T. C.; Kahn, R, (1980), "Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support Life-Span", *Development and behavior*, 3, p. 253-300.

Antonucci, T.C., Akiyama, H., H.Elliott, k. Same-sex and cross-sex relationships (1990). *Journal of Gerontology*, vol. 518, nº 6, p.374-382.

Björntorp, P. Fat Cell Distribution and Metabolism (1987). *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499: 66–72

Cabral, M. Villaverde, Silva, P. A., Mendes, H. (2002), "Saúde e doença em Portugal". Lisboa, ICS.

Global Database on BMI, WHO http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html,
acedido 05/12/11).

Lapidus L, Bengtsson C, Larsson B, Pennert K, Rybo E, Sjöström L (1984). Distribution of adipose tissue and risk of cardiovascular disease and death: a 12 year follow up of participants in the population study of women in Gothenburg, Sweden. *Br Med J (Clin Res Ed)* 289(6454):1257-61;

Ministério da Saúde (2007). Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge INSA. *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, INSA.

Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de investigação, In *Análise Psicológica*, nº 2/3, p. 333-339.

World Health Organization (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation (TRS894). WHO, Geneva;

World Health Organization (2003). EuroHIS – Development of Common instruments for Health Interview Surveys in the European Region. WHO, Copenhagen.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J , Kuyken W, (editors). Quality of life assessment:international perspectives. Heigelberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60.