

U. PORTO



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

**ESTILOS DE VIDA E PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE,
EM IDOSOS PORTUGUESES DE ZONAS RURAL E URBANA**

**LIFESTYLES AND PERCEIVED HEALTH STATUS,
IN PORTUGUESE ELDERLY FROM RURAL AND URBAN AREAS**

Joana Filipa Campos Araújo

Orientação:

Prof. Doutora Carla Lopes

Serviço de Higiene e Epidemiologia

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Trabalho de Investigação

Porto, 2008

AGRADECIMENTOS

Para este trabalho foram utilizados dados de dois projectos coordenados pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, razão pela qual se agradece a todos quantos trabalham neste Serviço, e possibilitaram a realização deste estudo.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	vi
INTRODUÇÃO	1
OBJECTIVOS	7
PARTICIPANTES E MÉTODOS	8
RESULTADOS.....	14
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

LISTA DE ABREVIATURAS

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOF – Inquéritos aos Orçamentos Familiares

OMS – Organização Mundial de Saúde

SHEFMUP – Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

IMC – Índice de Massa Corporal

RESUMO

Introdução: O conhecimento da distribuição e modificação de comportamentos em saúde, em populações idosas, torna-se essencial no sentido de diminuir a morbilidade e mortalidade e aumentar a qualidade de vida. Para além disso, a percepção do estado de saúde é reconhecida como um bom preditor de morbilidade e mortalidade, e por isso, o conhecimento da sua relação com os estilos de vida, em particular em idosos de populações com diferentes características, pode contribuir para um melhor planeamento em saúde.

Objectivos: Comparar as características sociais, demográficas e de saúde e os estilos de vida, entre idosos Portugueses de zonas rural e urbana e relacionar os estilos de vida com a percepção do estado de saúde.

Métodos: Foram avaliados 692 indivíduos do Porto (zona urbana) e 80 de Rebordelo, Trás-os-Montes (zona rural), com idade ≥ 60 anos. A informação foi recolhida por entrevistadores treinados através de um questionário estruturado que avaliou características sociais, demográficas, comportamentais, clínicas e antropométricas. De entre os estilos de vida foram avaliados o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas, a prática de actividade física de lazer e o consumo de fruta e vegetais. Relativamente ao estado de saúde, foi pedido a cada indivíduo que classificasse o seu estado geral de saúde, considerando 5 opções de resposta, posteriormente agrupadas em: óptimo, muito bom, bom e razoável vs. fraco. Foi utilizada a regressão logística não condicional para o cálculo de Odds Ratio (OR) e intervalos de confiança a 95% (IC95%), ajustados para o sexo, a idade, e a escolaridade.

Resultados: A escolaridade foi significativamente superior na zona urbana, assim como a proporção de indivíduos com profissões não manuais. Na zona

urbana, foi significativamente superior a proporção de indivíduos: alguma vez fumadores, com um consumo de até uma bebida alcoólica por dia; com um consumo ≥ 5 porções de fruta e/ou vegetais por dia, que referiram praticar actividade física de lazer. Os indivíduos da zona urbana perceberam menos frequentemente o seu estado de saúde como fraco (22,5% vs. 41,3%, $p < 0,001$). Em análise multivariada, na zona urbana, consumir bebidas alcoólicas (0,01-15,00 vs. 0g álcool/dia: OR=0,51; IC95% 0,33-0,79; $> 15,00$ vs. 0g álcool/dia: OR=0,60; IC95% 0,35-1,01), praticar actividade física de lazer (OR=0,58 IC95% 0,39-0,86) e consumir ≥ 5 porções/dia de fruta e/ou vegetais (≥ 5 vs. < 5 porções/dia: OR=0,58; IC95% 0,38-0,89) associou-se com uma menor probabilidade de perceber o estado de saúde como fraco. Na zona rural, apesar do reduzido tamanho amostral nem sempre permitir o alcance da significância estatística, a mesma tendência de associação inversa manteve-se para todas as variáveis, excepto para o consumo de fruta e/ou vegetais (≥ 5 vs. < 5 porções/dia: OR=5,50; IC95% 1,19-25,33).

Conclusões: Na zona rural, os idosos apresentaram, genericamente, comportamentos menos saudáveis. Em ambas as populações, os idosos que praticavam actividade física de lazer e os que consumiam bebidas alcoólicas perceberam menos frequentemente o seu estado de saúde como fraco. Na zona urbana, os indivíduos com um consumo ≥ 5 porções/dia de fruta e/ou vegetais, consideraram ter um melhor estado de saúde, enquanto que na zona rural referiram mais frequentemente o seu estado de saúde como fraco.

Palavras-chave: Percepção do estado de saúde; estilos de vida; idosos; rural/urbano.

ABSTRACT

Context: The knowledge of the distribution and modification of health behaviours in elderly people it is essential to reduce morbidity and mortality and improve quality of life. Moreover, the self-perceived health it is a good predictor of morbidity and mortality and understanding its relation with lifestyles, especially in elderly populations with different characteristics, could contribute to a better health planning.

Objectives: To compare social, demographics and health characteristics and lifestyles between Portuguese elderly from rural and urban areas; and to evaluate the association between lifestyles and self-perceived health.

Methods: We evaluated 692 individuals from Porto (urban area) and 80 from Rebordelo, Trás-os-Montes (rural area), with 60 or more years. Data were collected by trained interviewers, through a structured questionnaire, to evaluate social, demographics, health and behavioural characteristics. Anthropometrics measures were also obtained. The lifestyles assessed were tobacco, alcohol intake, fruit and vegetable consumption and leisure-time physical activity. To evaluate self-perceived health, individuals classified their health status, considering 5 options, then categorized into: excellent, very good, good and reasonable vs. poor. Odds Ratio (OR) and 95% confidence intervals were calculated by unconditional logistic regression, after adjustment for sex, age and education.

Results: In urban area, participants were more educated and had more frequently “white collar” jobs. In urban area, was significantly higher the proportion of ever smokers; the proportions of individuals with an intake until one alcoholic beverage per day; the proportion of individuals with ≥ 5 portions/day of

fruit/vegetables and the proportion of individuals that referred to practice leisure-time physical activity. The individuals from urban area perceived less frequently their health status as poor (22.5% vs. 41.3%, $p < 0,001$). In urban area, in multivariate analysis, alcohol consumption (0.01-15.00 vs. 0g alcohol/day: OR=0.51; 95%CI 0.33-0.79; > 15.00 vs. 0g alcohol/day: OR=0.60; 95%CI 0,35-1,01), leisure-time physical activity practice (OR=0.58 95%CI 0.39-0.86), and an intake of ≥ 5 portions/day of fruit/vegetables (≥ 5 vs. < 5 portions/day: OR=0.58; 95%CI 0.38-0.89) were associated with less probability of self-perceived health status as poor. In rural area, although the small sample size not always allows the scope of statistical significance, the same tendency of inverse association remained for all variables, except for fruit/vegetables consumption (≥ 5 vs. < 5 portions/day: OR=5.50; 95%CI 1.19-25.33).

Conclusions: In urban area, the elderly had less healthy lifestyles. In both populations, the elderly that referred to practice leisure-time physical activity and those who consumed alcoholic beverages, perceived less frequently their health status as poor. In urban area, the individuals with a daily intake of 5 or more portions of fruit/vegetables referred a better health status, while in rural area, they referred more frequently their health status as poor.

Key words: Self-perceived health status; lifestyles; elderly; rural/urban.

INTRODUÇÃO

O rápido declínio quer das taxas de natalidade, quer das taxas de mortalidade tem conduzido ao envelhecimento da população mundial. Actualmente, são já cerca de 600 milhões as pessoas com 60 ou mais anos, e prevê-se que este número duplique até 2025 ⁽¹⁾. Em Portugal, à semelhança do panorama mundial, o envelhecimento populacional tem também vindo a crescer e desde o ano 2000 que a população residente nacional se caracteriza por um maior número de pessoas com 65 ou mais anos, em relação ao número de pessoas com 14 ou menos anos, sendo que em 2006 o índice de envelhecimento foi de 112 idosos por cada 100 jovens ⁽²⁾. A mesma fonte refere que, mantendo a tendência observada nas últimas décadas, a população portuguesa continuará a envelhecer, passando a percentagem de idosos de 17,3%, em 2006, para 32% em 2050.

O aumento da longevidade, resultado do desenvolvimento social e económico, é um triunfo para a Saúde Pública. Contudo, o envelhecimento está associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas, de deficiências cognitivas e funcionais ^(3, 4), e à perda de independência ^(5, 6). Nos Estados Unidos da América, quase 9 em cada 10 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos têm pelo menos uma condição crónica ⁽⁷⁾. Concomitantemente, os idosos são um grupo extremamente vulnerável à malnutrição ⁽⁸⁾, devido a factores físicos, clínicos, económicos e sociais, relacionados com a idade e que comprometem o estado nutricional, e também devido às alterações na composição corporal e à adopção de estilos de vida sedentários, que reduzem as necessidades nutricionais e de ingestão energética ⁽⁹⁾. Todas estas complicações conduzem a que os idosos sejam um dos grupos que mais necessita de cuidados de saúde,

uma vez que as condições crónicas como a doença coronária, as doenças cerebrovasculares, o cancro, a doença pulmonar obstrutiva crónica, as fracturas, a artrite, a diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial, entre outras, podem resultar na necessidade de cuidados prolongados ^(10, 11). Dada a dimensão desta faixa etária, estas complicações podem causar um grande impacto no sistema de saúde. Desta forma, a modificação de factores de risco, como a alimentação e a actividade física, o aumento do apoio social, as alterações ambientais, e o apoio mais efectivo por parte dos cuidados de saúde tornam-se essenciais para retardar a morbilidade e outras complicações associadas e reduzir o seu impacto na qualidade de vida dos idosos, uma vez que estes factores têm sido referidos como potenciais explicações para a diminuição da incapacidade em idosos, nas duas últimas décadas ⁽¹²⁾. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁽¹³⁾, há um claro benefício para os indivíduos, incluindo especificamente os idosos, em alterar factores de risco e adoptar comportamentos promotores de saúde. Quatro das doenças crónicas mais prevalentes – doença cardiovascular, cancro, doença pulmonar obstrutiva crónica e diabetes – estão associadas a factores de risco preveníveis, como o consumo de tabaco, uma alimentação inadequada e uma baixa actividade física, pelo que está descrito que a adopção de estilos de vida adequados está associada a taxas de sobrevivência superiores ^(14, 15). Estima-se que 4,1% do peso total das doenças que ocorrem em todo o mundo é atribuído ao consumo de tabaco, 4,0% ao álcool, 1,8% ao consumo inadequado de fruta e vegetais e 1,3% à inactividade física ⁽¹⁶⁾. Os mecanismos pelos quais estes diferentes comportamentos conferem protecção, ou pelo contrário, aumentam o risco de determinadas patologias, são diversos. O tabaco causa um aumento substancial do risco de mortalidade por cancro do pulmão, cancro da cabeça e

pescoço e do sistema digestivo, doença coronária, doença cerebrovascular, doença respiratória crónica, entre outras patologias ⁽¹⁷⁾. Mas estes riscos variam de acordo com a idade de início de consumo do tabaco, duração do consumo, número de cigarros por dia, grau de inalação e características do cigarro como o conteúdo em nicotina e o tipo de filtro.

O consumo de álcool baixo a moderado combinado com padrões de consumo regular (*non-binge pattern*), tem sido associado a uma redução de doença coronária ⁽¹⁸⁾. Contudo, quando o consumo não segue estes padrões, tem consequências sociais e de saúde importantes, nomeadamente a ocorrência de acidentes de viação, a violência doméstica, a dependência, a doença crónica do fígado, alguns tipos de cancro, entre outras ⁽¹⁷⁾.

Relativamente à fruta e vegetais, o seu efeito protector nas doenças cardiovasculares tem sido atribuído a diferentes mecanismos. Um deles ⁽¹⁹⁾ relaciona-se com a função antioxidante de vitaminas (C, E, β -caroteno e outros carotenóides), minerais (selénio, zinco) e de outros compostos (flavonóides). Outro sugere que as substâncias como o folato e as vitaminas B6 e B12 poderão conferir protecção por influenciarem os níveis sanguíneos de homocisteína (considerada um factor de risco independente para a doença coronária). Contudo, esta hipótese é ainda inconsistente uma vez que alguns estudos mostram que apesar de estas vitaminas diminuírem os níveis de homocisteína, não se associam a uma diminuição do risco de doença cardiovascular ⁽²⁰⁾. O consumo de fruta e vegetais está também associado à diminuição do risco de variados tipos de cancro. As hipóteses que explicam os mecanismos pelos quais isto acontece, evocam a interacção dos micronutrientes e outras substâncias não nutrientes com

o processo do metabolismo carcinogénico, a protecção da integridade do DNA e a comunicação intercelular.

A actividade física melhora o metabolismo glicídico, reduz a gordura corporal e a pressão arterial, contribui para o aumento do colesterol HDL, melhora o perfil hemostático e influencia o sistema imunológico, mecanismos pelos quais diminui o risco de doença cardiovascular e de diabetes *mellitus* tipo 2 ⁽²¹⁾. Está também associada à redução do risco de cancro do cólon, por um efeito nas prostaglandinas, e do cancro da mama por alterações do metabolismo hormonal ⁽¹⁷⁾. A actividade física pode ainda melhorar a saúde musculo-esquelética, o controlo do peso corporal e reduzir sintomas de depressão ⁽²¹⁾.

Apesar de ser fundamental a adopção de comportamentos saudáveis em fases precoces da vida, a sua alteração mesmo em populações idosas mostra-se importante para a manutenção de anos vividos com melhor qualidade.

Um dos factores condicionantes à adopção de determinados comportamentos poderá ser a área de residência. Alguns estudos mencionam que os idosos que vivem em meio rural têm maior risco de ter uma alimentação nutricionalmente pobre ^(22, 23), devido a barreiras ambientais (distância do comércio alimentar, transportes...), aos baixos rendimentos e aos reduzidos níveis de escolaridade ⁽²⁴⁾. Contrariamente, outros estudos referem que nas populações urbanas, em comparação com as rurais, os níveis de saúde são geralmente piores ⁽²⁵⁾ e a mortalidade superior ⁽²⁶⁾. Contudo, as diferenças relativas à saúde física e mental dos indivíduos podem não dever-se ao local de residência por si só, mas também às características demográficas que interagem com este, como a idade, o sexo, a classe social e o estado civil, e ainda com os

comportamentos que podem activamente promover a saúde e a longevidade das populações idosas.

Um estudo com população idosa britânica ⁽²⁷⁾ refere que a população rural reporta uma alimentação "mais saudável" no que diz respeito ao consumo de fruta e vegetais, em comparação com a urbana. Mas por outro lado, a população idosa urbana poderá usufruir de uma maior protecção cardiovascular por despende mais tempo a caminhar. Um outro estudo ⁽²⁸⁾ reporta também estilos de vida sedentários (caminhar <2 vezes/semana) e uma alimentação menos saudável em idosos finlandeses de comunidades rurais, comparativamente às urbanas e suburbanas. Também alguns estudos nos Estados Unidos da América ^(29, 30), apesar de incluírem adultos na generalidade e não apenas idosos, referem que a população rural é mais fisicamente inactiva que a urbana. Contudo, um estudo que inclui indivíduos Libaneses ⁽³¹⁾ com idade igual ou superior a 14 anos, reporta actividade física de lazer regular (pelo menos 1 hora de caminhada por dia) mais frequentemente na população rural do que na urbana. Relativamente ao tabaco, podemos encontrar artigos referentes a populações de diferentes países, que descrevem uma maior proporção de fumadores na zona urbana, comparativamente à rural ^(27, 31-33), contudo nem sempre estas diferenças são estatisticamente significativas. A abstinência do consumo de álcool é superior na população rural dos EUA, do que na urbana ⁽³⁴⁾. No entanto, segundo a mesma fonte, de entre os bebedores, a probabilidade de um actual problema com o álcool e de exceder os limites diários é também superior na zona rural.

Em Portugal é escassa a informação que compare os comportamentos em saúde de acordo com a área de residência. Esta informação será importante na

definição de grupos de risco no sentido de um melhor planeamento das intervenções em saúde pública.

Outra componente essencial no planeamento em saúde pressupõe a avaliação do estado de saúde das populações. Em grandes estudos de natureza populacional, a caracterização detalhada do estado de saúde é metodologicamente difícil de efectuar, pelo que frequentemente se recorre a métodos indirectos, como a avaliação da auto-percepção do estado de saúde. Existem vários instrumentos para medir a percepção do estado de saúde, sendo que um deles baseia-se numa simples questão, que corresponde à primeira questão do questionário SF-36⁽³⁵⁾, desenvolvido para avaliar o estado de saúde físico e mental, através de uma escala com diversos itens correspondentes a oito conceitos de saúde. Através da primeira questão deste questionário, os indivíduos classificam a sua saúde como fraca, razoável, boa, muito boa ou óptima. A percepção do estado de saúde, é actualmente um dos indicadores de saúde mais comuns em investigação⁽³⁶⁾, tendo sido também recomendada para a monitorização da saúde das populações, pela OMS⁽³⁷⁾. Isto deve-se ao facto da percepção do estado de saúde ter sido descrita como um bom preditor de morbilidade e mortalidade^(38, 39), que mede não só o bem-estar psicológico, mas também a saúde no seu todo^(40, 41). A percepção do estado de saúde tem sido alvo de muitos estudos em diversas populações, nomeadamente na faixa etária dos idosos⁽⁴²⁻⁴⁵⁾. Tem sido estudada a sua associação com determinadas doenças, como as cerebrovasculares⁽⁴⁶⁾, as cardiovasculares^(47, 48), diabetes⁽⁴⁹⁾, entre outras⁽⁵⁰⁾ e também com a mortalidade em geral ou por determinada patologia^(47, 51). Segundo um estudo de revisão⁽⁵²⁾, os indivíduos que percebem o seu estado de saúde como fraco, apresentam o dobro do risco de

mortalidade, comparando com os indivíduos que consideram o seu estado de saúde como excelente. Por outro lado, também tem sido estudada a associação entre a percepção do estado de saúde e alguns comportamentos em saúde, como o exercício físico, o tabaco ⁽⁵³⁾, o consumo de álcool ⁽⁴⁵⁾ e a alimentação ⁽⁵⁴⁾, e especificamente o consumo de fruta e vegetais ⁽³⁶⁾. De uma forma geral, estes estudos mostraram que o consumo de tabaco, a inactividade física, e o baixo consumo de fruta e vegetais se associou com a percepção do estado de saúde como fraco. Relativamente ao álcool, alguns estudos ^(36, 55), descrevem que o não consumo e o consumo mais elevado de bebidas alcoólicas aumentou o risco da percepção do estado de saúde como fraco, enquanto que consumos moderados diminuíram este risco, ou seja uma associação em J. Todavia, nem todos os estudos definem da mesma forma o consumo moderado, e ainda são encontrados alguns resultados discrepantes.

Pelo descrito anteriormente, existe já alguma informação na literatura sobre estas temáticas, contudo especificamente em idosos encontra-se ainda por clarificar a associação dos comportamentos em saúde com a percepção do estado de saúde, especialmente em populações de diferentes áreas de residência.

OBJECTIVOS

Este trabalho teve como objectivos:

- Comparar as características sociais, demográficas e de saúde e os estilos de vida, entre idosos Portugueses de zonas rural e urbana;

- Relacionar os estilos de vida, como o consumo de tabaco, de bebidas alcoólicas e de fruta e vegetais e a prática de actividade física de lazer, com a percepção do estado de saúde.

PARTICIPANTES E MÉTODOS

Neste trabalho, participaram indivíduos com idade ≥ 60 anos, de ambos os sexos, de duas áreas de residência: urbana e rural.

Para a distinção de área urbana e rural, seguiram-se os critérios do Instituto Nacional de Estatística (urbano: freguesias que possuam densidade populacional superior a 500 hab./Km² ou que integrem um lugar com população residente superior ou igual a 5000 habitantes; rural: freguesias que possuam densidade populacional inferior ou igual a 100 hab./Km² ou que integrem um lugar com população residente inferior a 2000 habitantes). A cidade do Porto preencheu os requisitos para a denominação de zona urbana, uma vez que possui uma densidade populacional de 1 571, 5 hab./Km², e a freguesia de Rebordelo, em Trás-os-Montes, pode ser denominada de área rural uma vez que integra um concelho com uma densidade populacional de 14,0 hab./Km² ⁽⁵⁶⁾.

População urbana

Os dados relativos à população urbana são provenientes da reavaliação de uma coorte de indivíduos (a decorrer desde 2005) no âmbito do projecto EPIPorto, que tem vindo a ser desenvolvido no Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (SHEFMUP).

Os participantes foram seleccionados, por aleatorização de dígitos telefónicos, de entre os indivíduos de etnia caucasiana, nacionalidade

Portuguesa, com idade igual ou superior a 18 anos, residentes na cidade do Porto. A selecção usou como espaço amostral o conjunto de indivíduos residentes em habitações com telefone fixo na cidade do Porto. Posteriormente foi efectuada uma aleatorização simples, para seleccionar em cada residência um único participante.

Até à data desta análise (2007), a reavaliação da coorte EPIPorto contava com a participação de 1571 indivíduos (63,2% do total de indivíduos da primeira avaliação). Considerando a definição da OMS para idoso (≥ 60 anos), excluíram-se desta amostra os indivíduos com idade inferior a 60 anos ($n=823$). Excluíram-se também os indivíduos para os quais não havia informação sobre a percepção do estado de saúde, uma vez que se tratava da principal variável de interesse ($n=58$), ficando a amostra final constituída por 692 indivíduos (77,6% dos indivíduos ≥ 60 anos da primeira avaliação), dos quais 429 (62,0%) mulheres e 263 (38,0%) homens.

Os participantes foram convidados a deslocarem-se ao SHEFMUP para serem avaliados. A informação foi recolhida por entrevistadores treinados, através de questionários estruturados standardizados, que recolheram informação relativa a características sociais, demográficas, comportamentais e clínicas. Foram também avaliados os parâmetros antropométricos de acordo com os procedimentos standard, como: o peso, através de uma balança de bioimpedância (Tanita[®]), que permitiu ainda a quantificação da percentagem de gordura corporal; a altura, pelo recurso a estadiómetro de parede; e o perímetro da cintura, usando uma fita métrica, medido no ponto médio entre a crista ilíaca superior e a última costela⁽⁵⁷⁾.

O consumo de tabaco foi auto-reportado, recolhendo-se informação sobre a idade de início de consumo, número de cigarros consumidos por dia, e no caso dos ex-fumadores o número de anos de consumo. Os participantes foram classificados, de acordo com as categorias da OMS ⁽⁵⁸⁾, em não fumadores, fumadores actuais e ex-fumadores. Na categoria de fumadores actuais foram incluídos os fumadores regulares (pelo menos 1 cigarro por dia) e os fumadores ocasionais (menos de um cigarro por dia); como não fumadores foram considerados os indivíduos que nunca fumaram, e como ex-fumadores os que fumaram, mas que já não o faziam há pelo menos 6 meses. A variável foi posteriormente categorizada em nunca fumadores (não fumadores) e alguma vez fumadores (fumadores actuais e ex-fumadores).

O consumo de álcool foi estimado através de um questionário semi-quantitativo de frequência alimentar, previamente validado ⁽⁵⁹⁾, reportando-se a ingestão ao ano anterior à entrevista. A cada indivíduo foi perguntada a frequência média de consumo (escala desde “nunca a menos de uma vez por mês” a “mais de seis vezes por dia”) e a porção média consumida (menor, igual ou superior que um copo de 125 ml de vinho, uma garrafa ou uma lata de 330 ml de cerveja, um copo de 40 ml de bebidas brancas e um copo de 40 ml de bebidas espirituosas). A quantidade de álcool ingerida (grama (g) /dia) foi calculada usando um algoritmo de conversão que assumiu a cerveja como tendo 3,7g de álcool, por 100g, o vinho como contendo 9,6g, as bebidas brancas com um valor médio de 40,0g e as espirituosas com um valor médio de 19,7g de álcool. Posteriormente categorizou-se a variável em 3 classes: 0g, 0,01-15,00g e >15,00g álcool/dia, assumindo os 15g de álcool como um copo de bebida alcoólica, em média.

O consumo de fruta e vegetais foi obtido através de uma adaptação feita ao questionário de frequência alimentar, com a mesma chave de frequência, anteriormente descrita, que recolheu informação relativa a 3 itens: sopa, vegetais no prato e fruta. Considerou-se uma porção de vegetais, como sendo um prato de sopa de legumes ou no mínimo um quarto de prato de produtos hortícolas, e uma porção de fruta, como sendo uma peça de fruta média. A variável foi categorizada em < 5 e ≥ 5 porções por dia de fruta e vegetais, assumindo as recomendações da OMS ⁽¹³⁾.

A actividade física foi avaliada através de um questionário que permitiu a descrição detalhada da frequência, duração e intensidade de todas as actividades (repouso, profissionais, domésticas e de tempos livres), possibilitando estimar, para cada indivíduo, um valor médio de energia dispendida no ano anterior. Este questionário foi construído usando uma estrutura semelhante ao questionário do *International Agency for Research on Cancer (IARC)* usado no estudo EPIC – *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition* ⁽⁶⁰⁾. Para este estudo foi utilizada apenas a parte do questionário correspondente à actividade física de lazer. As actividades foram agrupadas segundo classes de intensidade de esforço às quais estão atribuídos gastos de energia aproximados, tendo como base a energia dispendida em repouso correspondente ao valor de 1,0 equivalente metabólico (MET), relativo ao dispêndio de 1 Kcal (energia dispendida) *Kg⁻¹ (peso) *h⁻¹ (hora). Às restantes classes foram atribuídos os equivalentes metabólicos seguintes: actividade leve – 2,5 MET (ex.: caminhar calmamente, yoga, bilhar, mini-golf); actividade moderada – 5,0 MET (ex.: andar apressado, dançar, nadar, andar de bicicleta); actividade pesada – 7,0 MET (ex.: correr, aeróbica, basquetebol, futebol, atletismo, ténis). O dispêndio energético foi

calculado como o produto dos múltiplos de 1 equivalente metabólico, correspondente a cada classe de actividade, pelo tempo dispendido nas respectivas classes.

A percepção do estado de saúde foi avaliada através de uma única questão, correspondente à primeira questão do questionário SF-36 para avaliar o estado de saúde físico e mental ⁽³⁵⁾, que apresenta cinco opções de resposta: ótimo, muito bom, bom, razoável ou fraco. Posteriormente, as primeiras quatro opções foram categorizadas numa só, designada genericamente de bom, para comparação com o fraco.

População rural

Os dados relativos à população rural são provenientes de uma amostra de conveniência de uma avaliação de saúde, coordenada pelo SHEFMUP, efectuada em 2007, à população de Rebordelo, pertencente ao concelho de Vinhais, Trás-os-Montes.

Foram avaliados 113 indivíduos, e seguindo os mesmos critérios descritos anteriormente, foram excluídos 32 indivíduos com idade inferior a 60 anos, e 1 outro indivíduo por falta de informação sobre a percepção do estado de saúde. A amostra final ficou constituída por 80 indivíduos, dos quais 50 (62,5%) mulheres e 30 (37,5%) homens.

Toda a informação (características sociais, demográficas, comportamentais, clínicas e antropométricas) foi igualmente recolhida por entrevistadores treinados, através de um questionário abreviado, que para as variáveis em causa para este estudo, seguiu a mesma estrutura descrita anteriormente para a população urbana.

Na Tabela 1, encontra-se a comparação da distribuição por sexo das amostras com as populações que lhes deram origem. Apesar de termos a limitação dos dados do INE serem apresentados com um ponto de corte diferente (idade ≥ 65 anos) do utilizado neste estudo (idade ≥ 60 anos), podemos constatar uma proporção por sexos na amostra urbana (62,0% mulheres), semelhante à da cidade do Porto (63,5% mulheres). Relativamente à zona rural, apesar da proporção de mulheres ser superior, a distribuição por sexo da amostra de Rebordelo (62,5% mulheres), já não se assemelha tanto à distribuição do concelho ao qual pertence, Vinhais (56,2% mulheres), o que de certa forma já se esperaria por se tratar de uma amostra de conveniência.

TABELA 1: Distribuição das amostras e das populações das quais são provenientes, por sexo.

	Mulheres	Homens
	n (%)	
Portugal continental (≥ 65 anos)	1 025 962 (58,1)	470 183 (41,9)
Porto (≥ 65 anos)	29 340 (63,5)	16 864 (36,5)
EPIPorto (≥ 60 anos)	429 (62,0)	263 (38,0)
Vinhais (≥ 65 anos)	1 778 (56,2)	1 387 (43,8)
Rebordelo (≥ 60 anos)	50 (62,5)	30 (37,5)

* INE, Anuário Estatístico da Região Norte 2006

Ética

Neste estudo foram respeitadas as regras de conduta conforme a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial e todos os participantes preencheram, por escrito, uma declaração de consentimento informado. A identificação dos participantes foi mantida numa base de dados

separada do resto das informações recolhidas, de forma a manter a confidencialidade dos dados.

Análise Estatística

A comparação de proporções foi efectuada pelo teste do Qui-quadrado, ou pelo teste exacto de Fisher, quando adequado. Foi considerado um nível de significância de 0,05.

Para avaliar as associações entre a percepção do estado de saúde e os estilos de vida (prática de actividade física de lazer, tabaco, consumo de bebidas alcoólicas e de fruta e/ou vegetais) e percepção do estado de saúde foi utilizada a regressão logística não condicional [Odds Ratio (OR) e intervalos de confiança a 95 % (IC 95%)]. Os modelos finais foram ajustados para o sexo, a idade e a escolaridade.

Toda a análise estatística foi realizada no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 14.0 for Windows.

RESULTADOS

As características sociais e demográficas dos participantes estão descritas na Tabela 2, por zona rural e urbana. A distribuição dos indivíduos por classes etárias (60-74 e ≥ 75 anos) foi semelhante nas duas populações. Em ambas as zonas de residência foi maior a prevalência de indivíduos casados ou a viver em união de facto, mas comparando as duas populações, esta proporção foi significativamente superior na zona rural.

TABELA 2: Características sociais e demográficas, por população rural e urbana, com idade ≥ 60 anos.

	Rebordelo (n=80)	Porto (n=692)	
	n (%)		p
Idade (anos)			
60 – 74	54 (67,5)	502 (72,5)	
≥ 75	26 (32,5)	109 (27,5)	0,341
Estado marital			
Casado/união de facto	62 (77,5)	445 (64,3)	
Não casado	18 (22,5)	247 (35,7)	0,019
Escolaridade (anos)			
0	32 (40,0)	38 (5,5)	
1-3	20 (25,0)	70 (10,1)	
≥ 4	28 (35,0)	584 (84,4)	< 0,001
Profissão			
Não manual (“ <i>White collar</i> ”)	10 (12,5)	336 (49,9)	
Manual (“ <i>Blue collar</i> ”)	38 (47,5)	269 (39,9)	
Sem profissão*	32 (40,0)	69 (10,1)	< 0,001
Actividade profissional actual			
Não manual (“ <i>White collar</i> ”)	3 (3,8)	35 (5,1)	
Manual (“ <i>Blue collar</i> ”)	8 (10,1)	20 (2,9)	
Reformados	50 (63,3)	544 (78,8)	
Sem actividade profissional [†]	18 (22,8)	91 (13,2)	0,001

* Domésticas e estudantes; [†] Domésticas, estudantes e desempregados.

NOTA: Algumas variáveis não contêm a totalidade dos indivíduos avaliados por falta de informação.

A escolaridade e a profissão foram utilizadas como indicadores indirectos da classe social. Enquanto que na zona rural apenas 35,0% dos indivíduos tinham uma escolaridade ≥ 4 anos, na zona urbana essa percentagem era de 84,4%. Também na zona rural foi inferior a percentagem de indivíduos com profissões não manuais.

Foram também comparados os cuidados de saúde nas duas populações (Tabela 3). A proporção de indivíduos que referiu ter efectuado a medição da pressão arterial no último ano, foi significativamente superior na população urbana (95,1 vs. 83,8%, $p < 0,001$).

Relativamente à realização de análises sanguíneas e ao número de consultas médicas e de medicina dentária, no último ano, não se encontraram diferenças com significado estatístico entre os dois grupos. Em relação ao uso de medicação, foi significativamente superior a proporção de indivíduos da

população urbana que referiu o uso de medicação de forma prolongada no último ano, em comparação com a rural (91,6% vs. 80,8%, $p=0,002$).

TABELA 3: Cuidados de saúde, por população rural e urbana, com idade ≥ 60 anos.

	Rebordelo (n=80)	Porto (n=692)	
	n (%)		p
Realização da medição da pressão arterial no último ano			
Não	13 (16,3)	34 (4,9)	< 0,001
Sim	67 (83,8)	658 (95,1)	
Realização de análises sanguíneas no último ano			
Não	10 (12,5)	108 (15,6)	0,465
Sim	70 (87,5)	584 (84,4)	
Nº de consultas médicas no último ano			
0	4 (5,1)	49 (7,1)	0,290
1 – 2	22 (27,8)	243 (35,4)	
3 – 4	28 (35,4)	181 (26,3)	
≥ 5	25 (31,6)	214 (31,1)	
Nº de consultas no dentista no último ano			
0	49 (61,3)	364 (52,9)	0,183
1	16 (20,0)	129 (18,8)	
≥ 2	15 (18,8)	195 (28,3)	
Toma de medicação de forma continuada no último ano			
Não	15 (19,2)	58 (8,4)	0,002
Sim	63 (80,8)	633 (91,6)	

Na Tabela 4 está descrita a história clínica dos indivíduos, sendo que a informação para todas as variáveis foi auto-reportada, e considerou-se presença de doença quando referida como diagnosticada por um médico. Na zona urbana, 76% e na zona rural 84,1% dos idosos referiu sofrer de doença(s) que obriga(em) a cuidados médicos regulares, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas. A prevalência de angina de peito e de depressão auto-declaradas foi significativamente mais frequente na zona urbana (8,7% vs. 1,3 %, $p=0,021$ e 27,9% vs. 11,3 %, $p=0,001$, respectivamente). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na prevalência de diabetes *mellitus*, hipertensão

arterial, dislipidemia, enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, asma, bronquite crónica e cancro, entre as duas populações.

TABELA 4: História clínica, por população rural e urbana, com idade ≥ 60 anos.

	Rebordelo (n=80)	Porto (n=692)	
	n (%)		p
Doença(s) que obriga(em) a cuidados médicos regulares			
Não	19 (23,8)	108 (15,9)	0,073
Sim	61 (76,3)	573 (84,1)	
Diabetes tipo 2			
Não	63 (78,8)	578 (83,6)	0,268
Sim	17 (21,3)	113 (16,4)	
Hipertensão arterial			
Não	36 (45,6)	336 (49,0)	0,566
Sim	43 (54,4)	350 (51,0)	
Dislipidemia			
Não	36 (46,2)	283 (41,0)	0,377
Sim	42 (53,8)	408 (59,0)	
Angina de peito			
Não	78 (98,7)	631 (91,3)	0,021
Sim	1 (1,3)	60 (8,7)	
Enfarte agudo do miocárdio			
Não	77 (97,5)	659 (95,5)	0,566
Sim	2 (2,5)	31 (4,5)	
Acidente vascular cerebral			
Não	77 (96,3)	658 (95,5)	>0,999
Sim	3 (3,8)	31 (4,5)	
Asma			
Não	75 (93,8)	628 (90,9)	0,392
Sim	5 (6,3)	63 (9,1)	
Bronquite crónica			
Não	76 (95,0)	639 (92,5)	0,410
Sim	4 (5,0)	52 (7,5)	
Cancro			
Não	78 (97,5)	631 (91,4)	0,058
Sim	2 (2,5)	59 (8,6)	
Depressão			
Não	71 (88,8)	499 (72,1)	0,001
Sim	9 (11,3)	193 (27,9)	

Na tabela 5 encontra-se a descrição dos estilos de vida em Rebordelo e no Porto. A proporção de indivíduos alguma vez fumadores foi significativamente superior na população urbana, comparativamente à rural (34,6% vs. 16,3%,

p=0,001), mas a idade de início de consumo foi semelhante [mediana (P25-P75): 18,0 (14,0-22,0) vs. 20,0 (16,5-25,5), p=0,211]. Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, quando os indivíduos foram categorizados em não bebedores ou alguma vez bebedores não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, contudo ao analisar o consumo de etanol em grama por dia, uma proporção significativamente superior de indivíduos da zona urbana apresentou consumos moderados (até um copo de bebida alcoólica por dia) (37,8% vs. 15,0%).

TABELA 5: Estilos de vida, por população rural e urbana, com idade ≥ 60 anos.

	Rebordelo (n=80)	Porto (n=692)	
	n (%)		p
Hábitos tabágicos			
Nunca fumadores	67 (83,8)	452 (65,4)	0,001
Alguma vez fumadores	13 (16,3)	239 (34,6)	
Hábitos alcoólicos			
Nunca bebedores	16 (21,3)	101 (14,8)	0,136
Alguma vez bebedores	59 (78,7)	582 (85,2)	
Consumo de álcool (g/dia)			
0,00	34 (42,5)	216 (31,8)	< 0,001
0,01 – 15,00	12 (15,0)	257 (37,8)	
>15,00	34 (42,5)	207 (30,4)	
Prática de actividade física de lazer			
Não	61 (76,3)	347 (52,3)	< 0,001
Sim	19 (23,8)	317 (47,7)	
Prática de actividade física de lazer (METS*h/dia)			
0,00	61 (76,3)	351 (52,3)	< 0,001
1º tercil: 0,01 – 3,13	10 (12,5)	119 (17,7)	
2º tercil: 3,14 – 6,25	8 (10,0)	122 (18,2)	
3º tercil: $\geq 6,26$	1 (1,3)	79 (11,8)	
Consumo de fruta e/ou vegetais (porções/dia)			
< 5	67 (84,8)	448 (65,2)	< 0,001
≥ 5	12 (15,2)	239 (34,8)	
		mediana (P25-P75)	p
Consumo de Fruta (porções/dia)	1,0 (0,8-2,5)	2,5 (1,0-2,5)	< 0,001
Consumo de Vegetais (porções/dia)	1,6 (0,9-2,9)	2,0 (1,2-2,9)	0,004
Consumo de Fruta e Vegetais (porções/dia)	3,4 (1,9-4,3)	3,9 (3,1-5,4)	< 0,001

No que se refere à actividade física, uma proporção significativamente superior de indivíduos da zona urbana referiu praticar actividade física de lazer, comparativamente com a zona rural (47,7% vs. 23,8%, $p < 0,001$). Encontraram-se também diferenças significativas no mesmo sentido no que se refere à intensidade da actividade física praticada. O consumo de fruta e/ou vegetais foi também significativamente superior na população urbana (≥ 5 porções de fruta e/ou vegetais por dia: 34,8% vs. 15,2%, $p < 0,001$). Analisando o contributo separado de fruta e de vegetais, esta diferença foi mais marcada no que se refere ao consumo de fruta.

De salientar que em ambas as regiões, uma elevada percentagem de indivíduos não atingiu as recomendações da OMS de um consumo ≥ 5 porções de fruta e/ou vegetais por dia (65,2% na zona urbana e 84,8% na zona rural).

No que concerne aos parâmetros antropométricos avaliados (Tabela 6), não se encontraram diferenças significativas entre as duas populações no que se refere ao índice de massa corporal e percentagem de gordura corporal, sendo que a proporção de indivíduos com excesso de peso ou obesidade foi elevada, 73,1% na zona rural e 75,1% na zona urbana.

TABELA 6: Medidas antropométricas, por população rural e urbana, com idade ≥ 60 anos.

	Rebordelo (n=80)	Porto (n=692)	
	n (%)		p
IMC (kg/m²)			
< 25,0	21 (26,9)	167 (24,9)	
25,0 – 29,9	35 (44,9)	308 (46,0)	
≥ 30	22 (28,2)	195 (29,1)	0,928
Perímetro da cintura			
Risco não aumentado*	22 (29,7)	329 (47,8)	
Risco aumentado**	52 (70,3)	359 (52,2)	0,003
	mediana (P25-P75)		
Gordura corporal (%)	34,3 (28,0-39,3)	32,1 (25,2-38,5)	0,145

*Mulheres ≤ 88 cm; Homens ≤ 102 cm; **Mulheres > 88 cm; Homens > 102 cm.

Na zona rural, foi significativamente superior a proporção de indivíduos com um perímetro da cintura associado a risco aumentado de doença (70,3 vs. 52,2%, $p=0,003$), tomando como ponte de corte os valores definidos pela OMS ⁽⁶¹⁾.

Na Tabela 7, encontram-se descritos os resultados relativos à percepção do estado de saúde. Apesar de em ambos os grupos em estudo uma menor proporção de indivíduos percepcionar o seu estado de saúde como fraco, comparando as duas populações, esta proporção foi significativamente superior nos indivíduos da zona rural (41,3 vs. 22,5%, $p<0,001$). Em ambas as populações aproximadamente 50% dos indivíduos considerou o seu estado de saúde aproximadamente igual, em comparação com há um ano atrás.

TABELA 7: Percepção do estado de saúde, por população rural e urbana, com idade ≥ 60 anos.

	Rebordelo (n=80)	Porto (n=692)	
	n (%)		p
Percepção do estado de saúde			
Bom	47 (58,8)	536 (77,5)	
Fraco	33 (41,3)	156 (22,5)	< 0,001
Estado geral de saúde, em comparação com há um ano			
Melhor	12 (15,4)	89 (12,9)	
Aproximadamente igual	36 (46,2)	345 (49,9)	
Pior	30 (38,5)	257 (37,2)	0,753

Procedendo-se à estratificação dos estilos de vida por percepção do estado de saúde (Tabela 8), verificou-se que dos indivíduos alguma vez fumadores e dos indivíduos bebedores foi menor a proporção que percepcionou o seu estado de saúde como fraco, mas apenas com significado estatístico na zona urbana. Em ambas as populações, dos indivíduos que referiram praticar regularmente actividade física de lazer, uma proporção significativamente inferior percepcionou o seu estado de saúde como fraco. Na amostra rural, de quem referiu um maior consumo de fruta e/ou vegetais (cinco ou mais porções por dia), foi maior a

proporção que considerou o seu estado de saúde como fraco, contudo no limiar da significância estatística. Pelo contrário, na amostra urbana, os que consumiam ≥ 5 porções de fruta e/ou vegetais por dia, consideraram menos frequentemente o seu estado de saúde como fraco.

TABELA 8: Estratificação dos estilos de vida por percepção do estado de saúde, em população rural e urbana, com idade ≥ 60 anos.

	Rebordelo (n=80)			Porto (n=692)		
	Bom	Fraco	<i>p</i>	Bom	Fraco	<i>p</i>
Hábitos tabágicos						
Nunca fumador	38 (56,7)	29 (43,3)		328 (72,6)	124 (27,4)	
Já fumador	9 (69,2)	4 (30,8)	0,402	208 (87,0)	31 (13,0)	< 0,001
Consumo de álcool (g/dia)						
0,00	15 (44,1)	19 (55,9)		144 (66,7)	72 (33,3)	
0,01 – 15,00	8 (66,7)	4 (33,3)		209 (81,3)	48 (18,7)	
>15,00	24 (70,6)	10 (29,4)	0,071	173 (83,6)	34 (16,4)	< 0,001
Prática de actividade física de lazer						
Não	32 (52,5)	29 (47,5)		246 (70,9)	101 (29,1)	
Sim	15 (78,9)	4 (21,1)	0,041	266 (93,9)	51 (16,1)	< 0,001
Consumo de fruta e/ou vegetais (porções/dia)						
< 5	42 (62,7)	25 (37,3)		331 (73,9)	117 (26,1)	
≥ 5	4 (33,3)	8 (66,7)	0,058	202 (84,5)	37 (15,5)	0,001

Quando se procedeu à avaliação das associações (Tabela 9), através da regressão logística não condicional, observou-se que na zona urbana o consumo de bebidas alcoólicas se associou inversamente com a percepção do estado de saúde como fraco, sendo que os indivíduos com um consumo moderado de bebidas alcoólicas apresentaram cerca de 50% menos probabilidade de percepcionar o seu estado de saúde como fraco (OR=0,51, IC 95%: 0,33-0,79). A percepção do estado de saúde como fraco associou-se também inversamente com a prática de actividade física de lazer, quer na zona rural (OR=0,22, IC 95%: 0,06-0,79), quer na zona urbana (OR=0,58, IC 95%: 0,39-0,86). Em relação ao

consumo de fruta e/ou vegetais, o sentido das associações encontradas foi oposto entre os dois grupos. Na zona rural, o consumo de cinco ou mais porções de fruta e/ou vegetais por dia aumentou a probabilidade dos indivíduos perceberem o seu estado de saúde como fraco (OR=5,50, IC 95%: 1,19-25,33). Contrariamente, na zona urbana, o maior consumo de fruta e/ou vegetais diminuiu a probabilidade dos indivíduos perceberem o seu estado de saúde como fraco (OR=0,58, IC 95%: 0,38-0,89). Ao contrário das variáveis anteriores, após ajuste para o sexo, a idade e a escolaridade, o consumo de tabaco não se manteve significativamente associado com a percepção do estado de saúde.

TABELA 9: Associação dos estilos de vida com a percepção do estado de saúde (Bom vs. Fraco), por população rural e urbana, com idade ≥ 60 anos.

	Rebordelo (n=80)		Porto (n=692)	
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado [†] (IC95%)	OR bruto (IC95%)	OR ajustado [†] (IC95%)
Tabaco				
Nunca fumador	1*	1*	1*	1*
Já fumador	0,58 (0,16-2,08)	1,24 (0,23-6,67)	0,39 (0,26-0,61)	0,78 (0,46-1,32)
Consumo de álcool (g/dia)				
0	1*	1*	1*	1*
0,01-15,00	0,40 (0,10-1,57)	0,49 (0,11-2,09)	0,46 (0,30-0,70)	0,51 (0,33-0,79)
> 15,00	0,33 (0,12-0,90)	0,40 (0,13-1,25)	0,39 (0,25-0,63)	0,60 (0,35-1,01)
Actividade física de lazer				
Não	1*	1*	1*	1*
Sim	0,29 (0,09-0,99)	0,22 (0,06-0,79)	0,47 (0,32-0,68)	0,58 (0,39-0,86)
Fruta e/ou vegetais (porções/dia)				
< 5	1*	1*	1*	1*
≥ 5	3,36 (0,92-12,31)	5,50 (1,19-25,33)	0,52 (0,34-0,78)	0,58 (0,38-0,89)

* Classe de referência; [†] Ajuste para o sexo, a idade e a escolaridade.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Relativamente aos resultados obtidos, na zona rural, os idosos apresentaram, de uma forma geral, piores estilos de vida do que na zona urbana,

uma vez que referiram praticar menos frequentemente actividade física de lazer, consumir mais bebidas alcoólicas e menos porções de fruta e/ou vegetais. Estas observações estão de acordo com o já descrito para populações de outros países, como a Finlândia ⁽²⁸⁾, a Polónia ⁽³²⁾ e os EUA ⁽²⁹⁾. Só em relação ao tabaco, o comportamento se revelou de maior risco na zona urbana, onde foi encontrada uma maior proporção de indivíduos alguma vez fumadores. Também na Inglaterra foi reportada uma maior proporção de fumadores nas zonas urbanas ⁽²⁷⁾, assim como no Líbano ⁽³¹⁾.

Os resultados relativos ao consumo de fruta e/ou vegetais vão de encontro aos dados dos inquéritos aos orçamentos familiares (IOF) portugueses ^(62, 63). Apesar da amostra deste estudo ser referente apenas a idosos, e dos dados dos IOF traduzirem disponibilidade familiar e não consumo, e referirem-se a um período de tempo diferente, os resultados vão no mesmo sentido, ou seja um maior consumo de fruta e/ou vegetais na zona urbana. Estes resultados poderiam ser inesperados, por pensar-se que na zona rural manter-se-ia a prática da agricultura, havendo uma maior produção caseira destes alimentos, e portanto um maior consumo dos mesmos. Na realidade, isto não se verificou, e analisando separadamente, constatou-se que esta diferença de consumo entre as zonas rural e urbana, se deveu essencialmente, ao baixo consumo de fruta na zona rural. Avaliando também os dados dos IOF, podemos ver que a disponibilidade familiar de fruta é também menor na zona rural, e por outro lado, há uma grande variação sazonal na disponibilidade deste grupo alimentar. Portanto, uma das explicações para estes resultados poderá prender-se com estes factos. Na zona urbana, poderá haver um consumo de fruta regular durante todo o ano, devido à grande disponibilidade desta nas zonas comerciais; contrariamente, na zona rural, o

consumo poderá ser mais da produção caseira, e portanto apenas da fruta da época, reflectindo-se num menor consumo ao longo de todo um ano. É escassa a informação de outros países relativa ao do consumo de fruta e vegetais, especificamente em zonas rural e urbana. Contudo, um estudo em Inglaterra ⁽²⁷⁾ reporta um maior consumo de fruta e vegetais na zona rural, ao contrário dos resultados do presente estudo.

É de salientar ainda que em ambas as populações a maioria dos indivíduos não atingiu as recomendações preconizadas para o consumo de fruta e/ou vegetais. Este poderá ser um problema mais frequente nos idosos, uma vez que já nos dados relativos à primeira avaliação do projecto EPIPorto ⁽⁶⁴⁾, está descrito que, particularmente nas mulheres, há um decréscimo do consumo de fruta e/ou vegetais em idades mais velhas.

Relativamente ao estado de saúde, o facto dos indivíduos da zona rural percepcionarem mais frequentemente o seu estado de saúde como fraco, foi de encontro ao descrito nos EUA e no México ^(30, 65). Parte da explicação para estes resultados pode relacionar-se com o baixo nível de escolaridade da zona rural, dado que está descrito que os indivíduos que pertencem a uma classe social mais baixa percepcionam mais frequentemente o seu estado de saúde como fraco, do que os de classe social mais elevada ⁽⁶⁶⁾. Por outro lado, está também descrito na literatura que as mulheres percepcionam o seu estado de saúde como fraco mais frequentemente que os homens ⁽⁶⁷⁾, contudo essa não deverá ser a explicação para estes resultados uma vez as duas amostras têm uma distribuição por sexos idêntica.

Na zona urbana, os indivíduos consumidores de bebidas alcoólicas, apresentaram uma menor probabilidade de percepcionar o estado de saúde como

fraco. Este resultado pode parecer inesperado, porque para além da associação ser significativa para consumos até um copo de bebida alcoólica, para consumos superiores, mantém a mesma tendência e encontra-se no limiar da significância estatística. Outros estudos reportam resultados um pouco diferentes, em que a associação entre o álcool e a percepção do estado de saúde como fraco segue uma curva em J ⁽³⁶⁾. Contudo, no contexto cultural da sociedade portuguesa o consumo de álcool é ainda um comportamento socialmente aceite. Este facto pode ser uma das explicações possíveis para a associação positiva com a percepção do estado de saúde. Na zona rural não se encontraram associações significativas entre o álcool e a percepção do estado de saúde, mas tal resultado pode dever-se à reduzida amostra desta população e, portanto a um baixo poder estatístico.

Relativamente ao consumo de tabaco não foram encontradas associações significativas em nenhuma das populações, o que poderá dever-se ao facto de se terem agrupado indivíduos ex-fumadores com fumadores. As classes foram agrupadas desta forma pelo facto de na população rural haver uma proporção muito baixa de fumadores. Contudo, está descrito que o risco dos ex-fumadores para determinadas doenças aproxima-se mais do dos não fumadores do que dos fumadores ⁽⁶⁸⁾. Desta forma, as classes formadas poderão não ter permitido encontrar uma associação.

Em ambas as zonas, a prática de actividade física de lazer diminuiu a probabilidade dos indivíduos percepcionarem o seu estado de saúde como fraco, tal como o descrito em estudos com população da Suécia e do Canadá ^(36, 53, 69). Poderia apontar-se como limitação o facto dos dados serem relativos apenas a actividade física de lazer e não a actividade física profissional ou a dispêndio

energético total. Contudo, está descrito na literatura que a actividade física de lazer poderá ter um papel protector na doença coronária mais evidente do que a actividade física ocupacional. Esta última, em alguns estudos ^(70, 71) relacionou-se até com um aumento do risco da doença e por isso salienta-se que um possível efeito protector dependerá mais da natureza da actividade física. Assim, a actividade física de lazer poderá ser considerada um melhor indicador de saúde do que a actividade física total.

Para o consumo de fruta e/ou vegetais, foram encontradas associações em sentidos opostos, nas diferentes amostras. Na zona urbana, os resultados mostraram-se em conformidade com a generalidade da literatura: um maior consumo de fruta e/ou vegetais, diminuiu a probabilidade dos indivíduos percepcionarem o seu estado de saúde como fraco. Contrariamente, na zona rural, quem referiu consumir mais fruta e/ou vegetais, percepcionou mais frequentemente o seu estado de saúde como fraco. À partida, poderia pensar-se que a associação encontrada na zona rural seria devida à baixa escolaridade desta população, e por conseguinte ao desconhecimento dos benefícios do consumo destes alimentos, mas mesmo após ajuste para a escolaridade a associação manteve-se positiva. Uma explicação adicional poderia relacionar-se com o facto de os indivíduos que se encontram doentes, e que portanto percepcionam o seu estado de saúde como fraco, comecem a consumir mais fruta e/ou vegetais, como medida terapêutica, e o mesmo não ocorra na zona urbana.

Dada a natureza transversal do estudo não se pode inferir se os estilos de vida afectaram a percepção do estado de saúde, ou se pelo contrário a percepção do estado de saúde é que condicionou os comportamentos. Apesar desta limitação, no caso particular do consumo de fruta e vegetais a magnitude da

associação foi elevada e claramente oposta nas duas populações. Estas observações, além de sugerirem investigação adicional com metodologia diferente, no sentido de esclarecer estes aspectos, podem desde já apoiar intervenções diferenciais em grupos com diferentes características.

A idade, a obesidade ⁽⁷²⁾, assim como outras doenças estão descritas como estando associadas à percepção do estado de saúde e, por esse facto, poderiam interferir nas associações estudadas. Contudo, analisando os resultados podemos constatar que as duas populações são semelhantes no que se refere à idade, à prevalência de obesidade e outras doenças.

Os resultados deste estudo não foram estratificados por sexo, devido à pequena amostra da zona rural, o que reduziria ainda mais o poder estatístico e a possibilidade de comparações. Apesar dessa limitação, o erro ao comparar as duas amostras será provavelmente reduzido pelo facto das proporções de homens e mulheres serem idênticas nas duas populações.

Pela comparação anteriormente descrita das amostras deste estudo com as populações das quais são provenientes, constatou-se que a proporção dos diferentes sexos na amostra urbana, não difere muito da população da cidade do Porto, apoiando a validade externa dos resultados referentes à zona urbana. Comparando a amostra rural de Rebordelo, com os dados relativos ao concelho de Vinhais, constatamos que as proporções por sexos não são muito semelhantes, pelo que a extrapolação dos dados poderá ser mais difícil. No entanto, a nossa amostra rural mantém uma proporção superior de mulheres, em relação à proporção de homens, tal como a população de Vinhais.

Como conclusões deste estudo, podemos então referir que, os indivíduos da zona rural, revelaram genericamente comportamentos menos saudáveis do que

os da zona urbana, pelos estilos de vida que apresentaram, ou seja, pela menor prática de actividade física de lazer, pelo maior consumo de bebidas alcoólicas e pelo menor consumo de fruta e/ou vegetais.

Em ambas as zonas de residência, os idosos que referiram praticar actividade física de lazer e os que referiram consumir bebidas alcoólicas, perceberam menos frequentemente o seu estado de saúde como fraco. Os indivíduos que apresentaram um consumo diário de 5 porções ou mais de fruta e/ou vegetais, na zona urbana, consideraram ter um melhor estado de saúde; enquanto que, na zona rural, referiram mais frequentemente o seu estado de saúde como fraco.

Desta forma, sendo a percepção do estado de saúde um indicador recomendado para a monitorização da saúde das populações, e tendo o conhecimento de como este se associa com os estilos de vida, nas populações de diferentes zonas de residência, as mensagens transmitidas e as intervenções planeadas nas populações poderão ser mais efectivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Active Ageing: Towards Age-Friendly Primary Health Care. Geneva: WHO; 2004. [cited 2008 Jun]; Available from URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf>.
2. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas 2006. Lisboa: INE, I.P.; 2008.
3. Allaire SH, LaValley MP, Evans SR, O'Connor GT, Kelly-Hayes M, Meenan RF, et al. Evidence for decline in disability and improved health among persons aged 55 to 70 years: the Framingham Heart Study. *Am J Public Health*. 1999; 89(11):1678-83.
4. Ostchega Y, Harris TB, Hirsch R, Parsons VL, Kington R. The prevalence of functional limitations and disability in older persons in the US: data from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *J Am Geriatr Soc*. 2000; 48(9):1132-5.
5. van Schoor NM, Smit JH, Twisk JW, Lips P. Impact of vertebral deformities, osteoarthritis, and other chronic diseases on quality of life: a population-based study. *Osteoporos Int*. 2005; 16(7):749-56.
6. Laukkanen P, Leskinen E, Kauppinen M, Sakari-Rantala R, Heikkinen E. Health and functional capacity as predictors of community dwelling among elderly people. *J Clin Epidemiol*. 2000; 53(3):257-65.
7. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002; 162(20):2269-76.
8. Jensen GL, Friedmann JM, Coleman CD, Smiciklas-Wright H. Screening for hospitalization and nutritional risks among community-dwelling older persons. *Am J Clin Nutr*. 2001; 74(2):201-5.
9. Correa Leite ML, Nicolosi A, Cristina S, Hauser WA, Pugliese P, Nappi G. Dietary and nutritional patterns in an elderly rural population in Northern and Southern Italy: (I). A cluster analysis of food consumption. *Eur J Clin Nutr*. 2003; 57(12):1514-21.
10. Blumberg LJ, Nichols LM. The health status of workers who decline employer-sponsored insurance. *Health Aff (Millwood)*. 2001; 20(6):180-7.
11. Long MJ, Marshall BS. The relationship between self-assessed health status, mortality, service use, and cost in a managed care setting. *Health Care Manage Rev*. 1999; 24(4):20-7.
12. Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. *JAMA*. 2002; 288(24):3137-46.

13. World Health Organization . Diet, Nutrition and the prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert consultation. Geneva: WHO Technical Report Series 916; 2003.
14. Haveman-Nies A, de Groot LP, Burema J, Cruz JA, Osler M, van Staveren WA. Dietary quality and lifestyle factors in relation to 10-year mortality in older Europeans: the SENECA study. *Am J Epidemiol*. 2002; 156(10):962-8.
15. Ferrucci L, Izmirlian G, Leveille S, Phillips CL, Corti MC, Brock DB, et al. Smoking, physical activity, and active life expectancy. *Am J Epidemiol*. 1999; 149(7):645-53.
16. Lock K, Pomerleau J, Causer L, Altmann DR, McKee M. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(2):100-8.
17. World Health Organization. The World Health Report: 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
18. Heidrich J, Wellmann J, Doring A, Illig T, Keil U. Alcohol consumption, alcohol dehydrogenase and risk of coronary heart disease in the MONICA/KORA-Augsburg cohort 1994/1995-2002. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007; 14(6):769-74.
19. Witztum JL. The oxidation hypothesis of atherosclerosis. *Lancet*. 1994; 344(8925):793-5.
20. Bazzano LA, Reynolds K, Holder KN, He J. Effect of folic acid supplementation on risk of cardiovascular diseases: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2006; 296(22):2720-6.
21. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*. 2006; 174(6):801-9.
22. Kolasa KM, Mitchell JP, Jobe AC. Food behaviors of southern rural community-living elderly. *Arch Fam Med*. 1995; 4(10):844-8.
23. Marshall TA, Stumbo PJ, Warren JJ, Xie XJ. Inadequate nutrient intakes are common and are associated with low diet variety in rural, community-dwelling elderly. *J Nutr*. 2001; 131(8):2192-6.
24. Ledikwe JH, Smiciklas-Wright H, Mitchell DC, Jensen GL, Friedmann JM, Still CD. Nutritional risk assessment and obesity in rural older adults: a sex difference. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77(3):551-8.
25. Watt IS, Franks AJ, Sheldon TA. Health and health care of rural populations in the UK: is it better or worse? *J Epidemiol Community Health*. 1994; 48(1):16-21.
26. Office of Population Censuses and Surveys. Mortality and Geography. A Review in the Mid 1980s, England and Wales. London: HMSO; 1989.

27. Morgan K, Armstrong GK, Huppert FA, Brayne C, Solomou W. Healthy ageing in urban and rural Britain: a comparison of exercise and diet. *Age Ageing*. 2000; 29(4):341-8.
28. Fogelholm M, Valve R, Absetz P, Heinonen H, Uutela A, Patja K, et al. Rural-urban differences in health and health behaviour: a baseline description of a community health-promotion programme for the elderly. *Scand J Public Health*. 2006; 34(6):632-40.
29. Parks SE, Housemann RA, Brownson RC. Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(1):29-35.
30. Patterson PD, Moore CG, Probst JC, Shinogle JA. Obesity and physical inactivity in rural America. *J Rural Health*. 2004; 20(2):151-9.
31. Sabbah I, Vuitton DA, Droubi N, Sabbah S, Mercier M. Morbidity and associated factors in rural and urban populations of South Lebanon: a cross-sectional community-based study of self-reported health in 2000. *Trop Med Int Health*. 2007; 12(8):907-19.
32. Filip RS, Zagorski J. Osteoporosis risk factors in rural and urban women from the Lublin Region of Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2005; 12(1):21-6.
33. Abdul-Rahim HF, Hussein A, Bjertness E, Giacaman R, Gordon NH, Jervell J. The metabolic syndrome in the West Bank population: an urban-rural comparison. *Diabetes Care*. 2001; 24(2):275-9.
34. Borders TF, Booth BM. Rural, suburban, and urban variations in alcohol consumption in the United States: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Rural Health*. 2007; 23(4):314-21.
35. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30(6):473-83.
36. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med*. 1999; 48(12):1713-20.
37. de Bruin A, Picavet HS, Nossikov A. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. *WHO Reg Publ Eur Ser*. 1996; 58:i-xiii, 1-161.
38. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997; 38(1):21-37.
39. Bath PA. Differences between older men and women in the self-rated health-mortality relationship. *Gerontologist*. 2003; 43(3):387-95; discussion 72-5.

40. Okosun IS, Choi S, Matamoros T, Dever GE. Obesity is associated with reduced self-rated general health status: evidence from a representative sample of white, black, and Hispanic Americans. *Prev Med.* 2001; 32(5):429-36.
41. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health.* 1982; 72(8):800-8.
42. Sun W, Watanabe M, Tanimoto Y, Shibutani T, Kono R, Saito M, et al. Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2007; 7(147):297.
43. Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56(4):711-7.
44. Damian J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E. Factors associated with self-rated health in older people living in institutions. *BMC Geriatr.* 2008; 8:5.
45. Ford J, Spallek M, Dobson A. Self-rated health and a healthy lifestyle are the most important predictors of survival in elderly women. *Age Ageing.* 2008; 37(2):194-200.
46. Skaner Y, Nilsson GH, Sundquist K, Hassler E, Krakau I. Self-rated health, symptoms of depression and general symptoms at 3 and 12 months after a first-ever stroke: a municipality-based study in Sweden. *BMC Fam Pract.* 2007; 8:61.
47. Heidrich J, Liese AD, Lowel H, Keil U. Self-rated health and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in southern Germany. Results from the MONICA Augsburg cohort study 1984-1995. *Ann Epidemiol.* 2002; 12(5):338-45.
48. Bardage C, Isacson D, Pedersen NL. Self-rated health as a predictor of mortality among persons with cardiovascular disease in Sweden. *Scand J Public Health.* 2001; 29(1):13-22.
49. Klein BE, Klein R, Moss SE. Self-rated health and diabetes of long duration. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. *Diabetes Care.* 1998; 21(2):236-40.
50. Goebeler S, Jylha M, Hervonen A. Self-reported medical history and self-rated health at age 90. Agreement with medical records. *Aging Clin Exp Res.* 2007; 19(3):213-9.
51. Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55(4):227-32.
52. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(3):267-75.

53. Svedberg P, Bardage C, Sandin S, Pedersen NL. A prospective study of health, life-style and psychosocial predictors of self-rated health. *Eur J Epidemiol.* 2006; 21(10):767-76.
54. Haveman-Nies A, De Groot LC, Van Staveren WA. Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study. *Am J Public Health.* 2003; 93(2):318-23.
55. Poikolainen K, Vartiainen E, Korhonen HJ. Alcohol intake and subjective health. *Am J Epidemiol.* 1996; 144(4):346-50.
56. Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico da Região Norte 2006. Lisboa: INE, I.P.; 2007.
57. Gibson RS. *Principals of Nutritional Assessment.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005.
58. World Health Organization. *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic.* Geneva: WHO Tobacco or Health Programme; 1991.
59. Lopes C. Reprodutibilidade e validação do questionário semi-quantitativo de frequência alimentar. In: *Alimentação e enfarte agudo do miocárdio: um estudo caso-controlo de base comunitária.* [PhD]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2000.
60. Pols MA, Peeters PHM, Ocké MC, Bueno-de-Mesquita HB, Slimani N, Kemper HCG, et al. Relative Validity and Repeatability of a New Questionnaire on Physical Activity. *Preventive Medicine.* 1997; 26(1):37-43.
61. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary. Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults. *Am J Clin Nutr.* 1998; 68(4):899-917.
62. Rodrigues S, de Almeida M. Trends in food availability in Portugal – the DAFNE IV project. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto - Portugal. [citado em: Jun 2008]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/monitoring/fp_monitoring_2002_anexo_pt_04_en.pdf.
63. Rodrigues SS, de Almeida MD. Portuguese household food availability in 1990 and 1995. *Public Health Nutr.* 2001; 4(5B):1167-71.
64. Lopes C, Oliveira A, Santos AC, Ramos E, Gaio AR, Severo M, et al. Consumo alimentar no Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2006. [citado em: Jun 2008]. Disponível em: www.consumoalimentarporto.med.up.pt.
65. Smith KV, Goldman N. Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico. *Soc Sci Med.* 2007; 65(7):1372-85.

66. Knesebeck Ovd, Lüschen G, Cockerham WC, Siegrist J. Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-sectional study. *Soc Sci Med.* 2003; 57(9):1643-52.
67. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med.* 2003; 56(12):2505-14.
68. Doyle JT, Dawber TR, Kannel WB, Heslin AS, Kahn HA. Cigarette smoking and coronary heart disease. Combined experience of the Albany and Framingham studies. *N Engl J Med.* 1962; 26:796-801.
69. Beland F, Zunzunegui MV. Predictors of functional status in older people living at home. *Age Ageing.* 1999; 28(2):153-9.
70. Fransson E, De Faire U, Ahlbom A, Reuterwall C, Hallqvist J, Alfredsson L. The risk of acute myocardial infarction: interactions of types of physical activity. *Epidemiology.* 2004; 15(5):573-82.
71. Stender M, Hense HW, Doring A, Keil U. Physical activity at work and cardiovascular disease risk: results from the MONICA Augsburg study. *Int J Epidemiol.* 1993; 22(4):644-50.
72. Lorraine PJ, Hammock RL, Blanton JM. Predictors of self-rated health status among Texas residents. *Prev Chronic Dis.* 2005; 2(4):A12.