

# Hábitos de vida e percepção da saúde — inquérito de um dia a utilizadores de um centro de saúde

EMÍLIA NATÁRIO

*META N.º 16: Até 1995 todos os Estados membros deverão ter realizado progressos importantes no aspecto dos comportamentos favoráveis à saúde, tais como alimentação equilibrada, abstenção de fumar, actividade física suficiente e domínio do stress.*

*OMS — Metas da saúde para todos.*

*[...] These things one ought to consider most attentively [...] the mode in which the inhabitants live, and what are their pursuits, wether they are fond of drinking and eating to excess, and given to indolence, or are fond of exercise and labour, and are not given to excess in eating and drinking.*

*HIPPOCRATES  
in Airs, Waters and Places.*

As doenças crónico-degenerativas e os acidentes são actualmente as principais causas de doença, incapacidade e morte, traduzindo-se por elevados custos, quer em gastos com a saúde, quer em perda de anos de vida, produtividade e bem-estar.

Vários estudos epidemiológicos têm mostrado que grande parte destas doenças são condicionadas pela adopção de hábitos e comportamentos lesivos para a saúde, com particular destaque para o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, os hábitos alimentares incorrectos, a inactividade física e o *stress* (Holland e Breeze, 1986; Hamburg, 1987).

Perante a incapacidade dos conhecimentos e tecnologias actuais para diminuir a incidência destas

doenças, e dada a sua etiologia multifactorial, tem-se reforçado nos últimos anos a necessidade de desenvolver estratégias que previnam a doença e promovam a saúde. Esta necessidade vem orientar o conceito de saúde para a sua vertente positiva de bem-estar físico, psíquico e social e vem «relembrar» o papel que o ambiente exerce na saúde e na manutenção do bem-estar (Noack, 1987).

---

## Introdução

Na década de 70 Belloc e Breslow encontraram uma associação positiva entre determinados hábitos — não fumar, beber moderadamente, comer moderada e regularmente, tomar pequeno-almoço, praticar uma actividade física, pelo menos moderada, nos tempos de lazer, dormir sete a oito horas — e o estado de saúde física (Belloc e Breslow, 1972).

Outros factores, como o suporte social e as redes sociais de apoio, têm vindo a ser estudados nos últimos anos, atribuindo-se-lhes um papel de «sistema

□

Emília Natário é assistente de saúde pública no Centro de Saúde de Sete Rios e assistente SMIE da ENSP.

tampão» do *stress* resultante da interacção do indivíduo com o meio que o rodeia, tudo indicando que a existência de um bom suporte social é um factor favorável à manutenção da saúde (Dean, 1986; Jacobson, 1986).

Tradicionalmente, a saúde tem sido avaliada numa perspectiva de ausência de doença através de indicadores de morbilidade e mortalidade. A análise da saúde pela sua vertente positiva de bem-estar cria a necessidade de se encontrarem novos indicadores que permitam avaliar diferentes níveis de saúde dentro da globalidade deste conceito. Vários autores têm proposto modelos para medir a saúde de grupos ou populações, grande parte dos quais baseados em dados objectivos (Ware et al., 1981). A percepção que os indivíduos têm da sua própria saúde parece constituir um complemento válido das medições objectivas, tendo-se mosurado através de estudos longitudinais que a percepção da saúde constitui um importante preditor de mortalidade (Dean, 1986; Kaplan e Camacho, 1983).

Dado que é conhecido o importante papel que cabe aos serviços de saúde, em particular aos que prestam cuidados de saúde primários, na promoção de hábitos saudáveis a nível do indivíduo, da família e da comunidade, pretende-se com o presente trabalho, através da aplicação de um inquérito de um dia a utilizadores de um centro de saúde do concelho de Lisboa, conhecer qual a prevalência de determinados hábitos e comportamentos, qual o grau de satisfação com o seu suporte social e qual a percepção que estes utilizadores têm da sua própria saúde.

Colocam-se como hipóteses de estudo as seguintes:

- 1) Atendendo à elevada prevalência de doenças crónicas e dos seus factores de risco, menos de um quarto da população estudada refere seis ou mais comportamentos saudáveis;
- 2) Dado que a existência de informação correcta pode facilitar a adopção de comportamentos saudáveis, coloca-se a hipótese de que quem tem um melhor nível de instrução (acima do ensino obrigatório) tem uma maior probabilidade de apresentar seis ou mais comportamentos saudáveis do que quem tem um nível de instrução mais baixo;
- 3) Quem promove a sua saúde (seis ou mais hábitos saudáveis) tem uma maior probabilidade de se sentir de boa ou muito boa saúde do que quem não a promove.

## Materiais e métodos

O presente estudo foi realizado no Centro de Saúde de Sete Rios. Trata-se de um estudo descritivo com comparações internas.

A população de estudo foi constituída por todos os utilizadores com mais de 19 anos que procuraram

o centro de saúde por motivo de consulta médica ou entrevista de enfermagem durante um dia de semana não considerado atípico em termos de afluência (Abrantes e Natário, 1983; Curry e Putnam, 1982).

A partir da bibliografia consultada foi construído um questionário semifechado de resposta anónima que incluiu perguntas sobre hábitos tabágicos, actividade física nos tempos de lazer, horas de sono, número de refeições, hábito do pequeno-almoço, peso, altura, consumo de álcool, satisfação com o suporte social e percepção da saúde. Incluíram-se ainda questões destinadas a verificar a consistência das respostas fornecidas nas áreas da actividade física e ingestão alcoólica (Javeau, 1978; Goode e Haut, 1981).

## Classificações e critérios

Para classificação segundo a classe social usou-se uma tabela de ocupações adaptada da usada pelo British Registrar General (Javeau, 1978).

Consideraram-se como fumadores regulares todos os que fumaram, pelo menos, um cigarro por dia durante, pelo menos, um ano e como não fumadores todos os que nunca fumaram regularmente ou deixaram de fumar. Para classificar a intensidade do hábito tabágico adoptou-se o critério do Medical Research Council, tendo-se classificado os fumadores em leves (até 10 cigarros por dia), moderados (de 11 a 14 cigarros por dia) e pesados (15 ou mais cigarros por dia) (Granate, 1984).

Para medir a actividade física nos tempos de lazer adoptou-se uma escala adaptada de Grimby et al. (WHO, 1979).

Quanto às horas de sono, considerou-se como comportamento saudável dormir sete a oito horas por noite.

Considerou-se como número adequado de refeições por dia cinco ou mais.

A partir das respostas às perguntas sobre peso e altura foram considerados como tendo peso excessivo os inquiridos que apresentavam pesos relativos superiores a 115 % nas tabelas de Jellife. O peso relativo foi calculado pela fórmula «peso referido/peso ideal  $\times$  100» (Jellife, 1969; Seidel et al., 1986). Excluíram-se desta análise os respondentes que referiram não se terem pesado nos dois últimos meses.

O hábito alcoólico foi avaliado através de uma questão sobre a frequência de ingestão de bebidas alcoólicas. Consideraram-se como bebedores regulares os que responderam beberem duas ou mais vezes por semana, bebedores ocasionais os que responderam beberem menos de duas vezes por semana e não bebedores os que nunca beberam ou deixaram de beber. Os níveis de consumo de álcool dos bebedores regulares foram avaliados através da quantificação da ingestão de bebidas alcoólicas em «unidades *standard*» na última semana normal (cada unidade *standard* cor-

responde a meia caneca de cerveja, ou um copo de vinho, ou uma dose de *whisky*, ou um cálice de aguardente ou espirituoso). Os bebedores regulares foram classificados em leves, moderados e excessivos, em função do sexo e segundo os seguintes parâmetros: homens — bebedores leves < 14 u. st/semana; moderados — de 14 a 34 u. st/semana; excessivos > 34 u. st/semana; mulheres — bebedoras leves < 7 u. st/semana; moderadas — 7 a 27 u. st/semana; excessivas > 27 u. st/semana (Anderson, 1985; Ritson, 1985).

Construiu-se um índice de comportamentos que promovem a saúde através da atribuição de um ponto a cada comportamento saudável verificado em cada indivíduo (Berkanovic, 1987). O excesso de peso, embora não constituindo um hábito, traduz, na maior parte dos casos, hábitos alimentares incorrectos, pelo que foi considerado como equivalente a um hábito negativo na ponderação deste índice.

O grau de satisfação com o suporte social foi classificado em quatro grupos, variando de  *muito satisfeito* a *nada satisfeito* (Thoits, 1982).

A percepção da saúde foi classificada em cinco grupos, variando de  *muito boa* a  *muito má* (Dean, 1986; Kaplan e Camacho, 1983; Thoits, 1987).

O questionário foi pré-testado em utilizadores do centro de saúde, tendo sido reformuladas várias perguntas. Os entrevistadores foram treinados no sentido de uniformizarem a técnica de aplicação do questionário.

## Tratamento de dados

As respostas aos questionários foram codificadas e introduzidas numa matriz de dados. Os dados foram trabalhados no Centro de Cálculo da Escola Nacional de Saúde Pública, tendo-se utilizado os programas *Datentry*, *Mediing* e *Cruztodo*. Foi ainda utilizado o programa *Microstat* para alguns cálculos estatísticos ( $\chi^2$ ).

Calcularam-se medidas de tendência central e dispersão. Utilizou-se o teste de  $\chi^2$  para avaliação da associação ou independência entre duas variáveis. O método de Mantel-Haenszel foi utilizado para o cálculo de *odds ratios* sumários após a estratificação de potenciais variáveis de confundimento. Foram ainda calculados intervalos de confiança segundo o método Woolf (Schlesselman, 1982).

## Resultados

Foram contactados 361 utentes. 18 destes utentes recusaram responder ao questionário (0,05). Entrevistaram-se 349 utentes, tendo-se anulado 6 questionários por não estarem completamente preenchidos. Cada entrevista demorou, em média, cerca de dez minutos.

## Caracterização sócio-demográfica

Dos 343 casos analisados, 98 são do sexo masculino (28,6 %) e 245 do sexo feminino (71,4 %).

O grupo etário mais representado foi o dos 50-64 anos, com 114 casos (33,2 %), seguido do grupo dos 35-49 anos, com 25,0 % dos casos. O grupo menos representado foi o dos 65 e mais anos, com (20,4 %) do total de casos.

Quanto ao grau de instrução dos inquiridos, verificou-se que mais de metade (59,2 %) têm apenas o ensino obrigatório, 43 utentes (12,5 %) são analfabetos e apenas 31 utentes (9,0 %) frequentaram ou completaram um curso médio ou superior.

Em relação ao estado civil, verificou-se que 245 utentes são casados (71,4 %), 60 (17,5 %) são viúvos ou divorciados e apenas 38 (11,1 %) são solteiros.

Verificou-se ainda que mais de metade dos inquiridos (58,3 %) pertencem às classes sociais mais baixas.

## Prevalência de hábitos favoráveis à saúde

Encontrou-se uma prevalência de não fumadores de 82,8 % (284), da qual 15,7 % (54) são constituídos por ex-fumadores. A prevalência de fumadores foi de 17,2 % (59).

A idade média de início do hábito tabágico foi de 18,3 anos ( $s = 2,7$ ). Cerca de metade dos inquiridos referiram terem começado a fumar entre os 15 e os 19 anos. De notar que 20,1 % começaram a fumar com menos de 15 anos.

O sexo masculino apresenta uma maior prevalência de fumadores (31,5 %) do que o sexo feminino (11,4 %), existindo uma associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 = 91,9$ , 3 gl,  $p < 0,05$ ).

Os grupos etários mais jovens apresentam uma maior prevalência de fumadores, existindo uma associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ( $\chi^2 = 32,2$ , 3 gl,  $p < 0,05$ ).

As classes sociais mais altas apresentam uma maior prevalência de fumadores ( $\chi^2 = 13,4$ , 3 gl,  $p < 0,05$ ). Cerca de 25 % dos fumadores fumam mais de 15 cigarros por dia. Dos 54 fumadores, apenas 3 deixaram de fumar há menos de um ano. Os principais motivos apontados para deixar de fumar foram os problemas de saúde (20 casos), o ter consciência de que o tabaco faz mal à saúde (9 casos), a gravidez (9 casos) e o «sentir-se mal» (7 casos). Dois respondentes referiram terem deixado de fumar por conselho do seu médico.

Apenas 72 utentes (21,0 %) referiram praticarem uma actividade física nos tempos de lazer e desses apenas 22 (6,3 %) praticam actividades físicas vigorosas. 79 inquiridos referiram serem ex-praticantes de uma actividade física nos tempos de lazer (23,9 %).

O sexo masculino é menos sedentário do que o feminino. Assim, cerca de 33 % dos homens e 16 %

das mulheres referiram praticarem uma actividade física nos tempos de lazer, existindo uma associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 = 31,3$ , 3 gl,  $p < 0,05$ ).

Relacionando a prática de actividade física com o grupo etário, verifica-se que a maior prevalência de praticantes se verifica nos grupos dos 35 aos 49 anos e 65 e mais anos.

As classes sociais mais altas apresentam uma maior prevalência de praticantes de actividade física, existindo uma associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 = 53$ , 9 gl,  $p < 0,05$ ).

A grande maioria dos inquiridos referiram terem iniciado a prática de actividade física durante a infância ou a adolescência (59,2 %). De realçar que cerca de 21 % dos respondentes iniciaram a prática de uma actividade física depois dos 40 anos.

Os passeios a pé foram a actividade física mais referida (37,6 %), seguindo-se a ginástica (26,4 %), os jogos de equipa (11,1 %), a jardinagem (8,3 %) e a natação (5,5 %).

Analizados os principais motivos que justificaram o abandono da prática de uma actividade física nos períodos de lazer, verificou-se que a falta de tempo foi o principal motivo referido (39,2 %), seguindo-se o ter deixado a escola ou a tropa (25,3 %) e o desinteresse (13,9 %).

86 utentes referiram não consumirem bebidas alcoólicas (25,1 %) e destes 56 são ex-bebedores (16,3 %). 123 (35,9 %) bebem apenas ocasionalmente. Dos 134 utentes (39,1 %) que referiram beberem regularmente, 28 (8,1 %) apresentaram consumos excessivos.

O sexo masculino é o que apresenta o maior número de bebedores excessivos, existindo uma associação estatisticamente significativa entre aquela variável e níveis de ingestão alcoólica ( $\chi^2 = 79,7$ , 5 gl,  $p < 0,05$ ).

O grupo etário dos 35 aos 49 anos é o que apresenta a maior prevalência de bebedores excessivos, embora não haja associação estatisticamente significativa entre o grupo etário e o consumo de álcool ( $\chi^2 = 14,7$ , 9 gl,  $p > 0,05$ ).

As classes sociais mais baixas apresentam uma maior prevalência de bebedores excessivos [associação estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 32,6$ , 12 gl,  $p < 0,05$ )].

Cerca de metade dos bebedores actuais e ex-bebedores iniciaram o hábito alcoólico com mais de 19 anos. No entanto, 28 inquiridos referiram terem começado a beber com menos de 15 anos.

Analizados os motivos apontados pelos ex-bebedores para deixarem de beber, verificou-se que os principais motivos foram os problemas de saúde (33 respostas), seguindo-se o «sentir-se mal» (5 respostas) e o conselho médico (4 respostas).

**Quadro I**  
Prevalência do hábito tabágico segundo o sexo

Hábito tabágico	Sexo masculino	Porcentagem	Sexo feminino	Porcentagem	Total	Porcentagem
Não fumou	30	30,6	200	81,7	230	67,1
Ex-fumador	37	37,8	17	6,9	54	15,7
Fumador leve	7	7,1	14	5,7	21	6,1
Fumador pesado	24	24,5	14	5,7	38	11,1
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>	<b>245</b>	<b>100,0</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

**Quadro II**  
Actividade física nos tempos de lazer segundo o grupo etário

Actividade física	20-34	Porcentagem	35-49	Porcentagem	50-64	Porcentagem	65+	Porcentagem	Total	Porcentagem
Nunca praticou	32	43,8	42	48,8	73	64,0	45	64,3	192	56,0
Ex-praticante	28	38,4	25	29,1	18	15,8	8	11,4	79	23,0
Actividade moderada	3	4,1	11	12,8	20	17,5	16	22,9	50	14,6
Actividade pesada	10	13,7	8	9,3	3	2,6	1	1,4	22	6,4
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

Verificou-se que apenas 192 utentes apresentavam uma relação peso-altura adequada à idade (56 %). 129 (37,6 %) apresentavam excesso de peso e 22 desconheciam o seu peso ou não se tinham pesado nos dois últimos meses (6,4 %).

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre a existência de excesso de peso e o sexo ( $\chi^2 = 2,4$ , 1 gl,  $p > 0,05$ ).

O grupo etário dos 50 aos 64 anos é o que apresenta a maior prevalência de excesso de peso (58,8 %), existindo uma associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 = 32,3$ , 3 gl,  $p < 0,05$ ). As classes sociais mais baixas são as que apresentam a maior prevalência de peso excessivo.

Apenas 45 utentes (13,2 %) referiram tomarem um número adequado de refeições. De salientar que 44 utentes (12,8 %) referiram tomarem apenas duas refeições por dia. A grande maioria dos inquiridos tomam sempre o pequeno-almoço, não se verificando esse hábito em cerca de 14 % dos casos.

Quanto ao número de horas de sono, metade dos inquiridos referiram dormirem, em média, um número adequado de horas. Cerca de 42 % referiram dormirem menos de sete horas e cerca de 9 % referiram dormirem nove ou mais horas.

### Índice de comportamentos favoráveis à saúde

Somente cerca de 12 % da população estudada referiram seis ou mais comportamentos saudáveis, comprovando-se, assim, a primeira hipótese deste estudo.

O sexo feminino parece apresentar melhores comportamentos do que o sexo masculino, existindo uma associação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis ( $\chi^2 = 19,8$ , 4 gl,  $p < 0,05$ ).

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre o índice de comportamentos e o grupo etário ( $\chi^2 = 19,2$ , 12 gl,  $p > 0,05$ ).

Os utentes com melhor nível de instrução apresentaram um melhor índice de comportamentos saudáveis. Calculou-se a razão de *odds* entre o grupo

com mais de cinco comportamentos saudáveis e o grupo com cinco ou menos, tendo em conta o nível de escolaridade em cada um destes grupos. Obtve-se um *odds ratio* de 3,6 (intervalo de confiança de 1,79, 7,24,  $p < 0,05$ ), calculado pelo método de Woolf. Para avaliar da significância estatística deste valor calculou-se o teste de  $\chi^2$  com factor de correcção de continuidade, concluindo-se que o valor encontrado é estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 12,8$ , 1 gl,  $p < 0,05$ ), confirmando-se, assim, a segunda hipótese deste estudo — a probabilidade dos que apresentam melhores níveis de instrução referirem comportamentos saudáveis é cerca de três vezes e meia superior à dos que têm níveis de instrução mais baixos.

### Suporte social

Analisado o grau de satisfação com o apoio recebido de familiares e amigos, verificou-se que apenas 66 utentes (19,3 %) referiram estarem pouco ou nada satisfeitos, enquanto 51,2 % se consideraram satisfeitos e 29,5 % muito satisfeitos.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo e grupo etário. Os solteiros foram os que se mostraram mais satisfeitos com o seu suporte social. Pelo contrário, os viúvos e divorciados foram os que se mostraram menos satisfeitos ( $\chi^2 = 15,8$ , 4 gl,  $p < 0,05$ ). As classes sociais mais desfavorecidas (iv e v) manifestaram-se menos satisfeitas com o seu suporte social do que as classes mais favorecidas [associação estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 22,8$ , 6 gl,  $p < 0,05$ )].

### Percepção da saúde

Cerca de 40 % dos inquiridos afirmaram estarem de muito boa ou boa saúde, 40 % referiram uma saúde média e apenas 20 % classificaram a sua saúde como má ou muito má.

**Quadro III**  
Índice de comportamentos saudáveis segundo o grau de instrução

Índice	Analfabeto	Ciclo	Geral/ comple- mentar	Médio/ superior	Total	Porcen- tagem
≤ 2	3	23	3	2	31	9,7
3	11	49	14	4	78	24,5
4	12	66	23	7	108	33,9
5	7	36	15	7	65	20,4
≥ 6	2	14	10	11	37	11,6
Total	35	188	65	31	319	100,0

O sexo masculino parece apresentar uma melhor percepção da sua saúde do que o sexo feminino, conforme se pode ver no *Quadro IV*.

Como seria de esperar, os grupos etários mais jovens apresentaram uma melhor percepção da sua saúde [associação estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 26,6$ , 6 gl,  $p < 0,05$ )]. De igual forma, os utentes com níveis de instrução mais elevados parecem ter uma melhor percepção da sua saúde do que os utentes com níveis de instrução mais baixos ( $\chi^2 = 38,9$ , 6 gl,  $p < 0,05$ ).

Encontrou-se associação entre o grau de satisfação com o suporte social e percepção da saúde; quem está satisfeito com o seu suporte social parece apresentar igualmente uma melhor percepção da sua saúde ( $\chi^2 = 16,3$ , 6 gl,  $p < 0,05$ ).

Relacionaram-se alguns dos comportamentos estudados com a percepção da saúde. Verificou-se que os fumadores parecem apresentar uma melhor percepção da sua saúde do que os não fumadores. De igual forma, mais de metade dos bebedores excessivos classificaram a sua saúde como boa ou muito boa. Os praticantes de actividade física nos tempos de lazer parecem ter uma melhor percepção da sua saúde do que os não praticantes. Pelo contrário, os inquiridos com excesso de peso referiram uma pior percepção de saúde do que os inquiridos com peso adequado.

Verificou-se existir uma associação estatisticamente significativa entre o índice de comportamentos saudáveis e a percepção de saúde ( $\chi^2 = 21,2$ , 8 gl,  $p < 0,05$ ).

Para avaliar a probabilidade de quem promove a sua saúde através de hábitos favoráveis se sentir de boa saúde em relação aos que não a promovem, calculou-se o risco relativo aproximado (*odds ratio*) entre os dois grupos. Encontrou-se um *odds ratio* de 4,1, com intervalos de confiança de 1,68, 9,97 ( $\chi^2 = 13,8$ , 1 gl,  $p < 0,05$ ).

Procurou-se avaliar se este risco se mantinha após o ajustamento estatístico das seguintes variáveis: sexo, grupo etário, nível de instrução e grau de satisfação com o suporte social, utilizando o método de Mantel-Haenszel.

Após ajustamento para a variável sexo, o *odds ratio* obtido foi de 3,95 ( $\chi^2 = 32,8$ , 1 gl,  $p < 0,05$ ). Após ajustamento para a variável grupo etário obteve-se um *odds ratio* de 3,95 ( $\chi^2 = 12,14$ , 1 gl,  $p < 0,05$ ). Após ajustamento para a variável grau de instrução obteve-se um *odds ratio* de 3,41 ( $\chi^2 = 8,94$ , 1 gl,  $p < 0,05$ ). O *odds ratio* obtido, quando ajustado para o suporte social, foi de 4,11 ( $\chi^2 = 13,93$ , 1 gl,  $p < 0,05$ ).

Estes dados parecem confirmar a nossa terceira hipótese, ou seja, na população estudada quem promove a sua saúde apresenta uma probabilidade cerca

**Quadro IV**  
Percepção da saúde segundo o sexo

Percepção	Sexo masculino	Porcentagem	Sexo feminino	Porcentagem	Total	Porcentagem
Muito boa	11	11,3	12	4,9	23	6,7
Boa	44	45,4	68	27,8	112	32,9
Média	29	29,9	107	43,9	136	39,9
Má, muito má	13	13,4	57	23,4	70	20,5
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>	<b>244</b>	<b>100,0</b>	<b>341</b>	<b>100,0</b>

**Quadro V**  
Percepção de saúde segundo o índice de comportamentos saudáveis

Índice	Muito boa/boa	Porcentagem	Média	Porcentagem	Má/muito má	Porcentagem	Total	Porcentagem
≤ 2	15	11,5	10	7,8	6	9,8	31	9,7
3	26	20,0	31	24,2	21	34,4	78	24,5
4	40	30,8	46	35,9	22	36,0	108	33,9
5	23	17,7	32	25,0	10	16,4	65	20,4
≥ 6	26	20,0	9	7,0	2	3,3	37	11,6
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>

de quatro vezes maior de se sentir de boa saúde do que quem não a promove, independentemente do sexo, grupo etário, instrução e suporte social.

## Discussão e conclusões

O presente estudo teve como principais objectivos conhecer qual a prevalência de determinados hábitos nos utilizadores de um centro de saúde e qual a relação destes hábitos com a percepção que estes utilizadores têm da sua própria saúde.

A amostra utilizada — censo de um dia — parece constituir uma amostra representativa dos utilizadores dos serviços de saúde. Haverá, no entanto, que repetir este estudo mais vezes ao longo do ano, de modo a abranger as variações sazonais na procura de serviços, para que possamos extrapolar os resultados encontrados à totalidade dos utilizadores do centro de saúde (Abrantes e Natário, 1983; Curry e Putnam, 1982).

O instrumento de medida utilizado revelou-se de fácil aplicação, tendo-se procurado utilizar perguntas anteriormente pré-testadas no sentido de salvaguardar a validade interna do estudo. A aplicação do questionário através de entrevistador procurou obviar às situações de dificuldade de leitura ou analfabetismo. Pode, no entanto, ter interferido na repetibilidade do estudo (interobservadores), aspecto que não foi possível avaliar, dada a natureza anónima do questionário (Abramson, 1979).

Por outro lado, a medição de algumas áreas através de questionário não é destituída de potenciais enviesamentos. De facto, sabe-se que os níveis de ingestão alcoólica obtidos através de entrevista se situam abaixo dos valores reais, se bem que a inclusão no questionário de questões sobre outros temas aumente a veracidade das respostas nesta área (Isacson et al., 1987; Wallace et al., 1987). Os dados sobre o peso podem igualmente estar subavaliados, pelo que a prevalência do excesso de peso poderá, na realidade, ser ainda mais elevada do que a que foi encontrada no presente trabalho (Millar, 1986).

Embora vários autores tenham levantado questões sobre a validade da medição de níveis de actividade física com base em dados auto-referidos, tudo indica que este método é aceitável para estudo de populações (Godin et al., 1986).

A partir da informação obtida para cada um dos hábitos inquiridos construiu-se um índice de comportamentos favoráveis à saúde já utilizado por outros autores (Kaplan e Camacho, 1983; Berkanovic, 1987). Para a construção deste índice houve necessidade de encontrar valores-limite abaixo ou acima dos quais os comportamentos referidos se considerassem favoráveis à saúde. Existem, no entanto, hábitos sobre os quais há que continuar a investigar no sentido de se conhecerem melhor as suas relações com a saúde, com particular destaque para o hábito alcoólico e a actividade física (Godin et al., 1986; OMS, 1980; Anderson et al., 1984).

O facto de grande parte dos inquiridos apresentarem um baixo índice de comportamentos favoráveis à saúde não surpreende e confirma a opinião que comumente se tem sobre os hábitos da nossa população. Verificou-se serem as classes sociais mais desfavorecidas e menos instruídas as que menos promovem a sua saúde e mais desapoiadas se sentem em relação ao seu suporte social. Estes resultados vêm reforçar a necessidade de se desenvolverem esforços prioritariamente junto destas classes no sentido de as esclarecer e motivar para a prática de comportamentos mais favoráveis à saúde.

A percepção que os indivíduos têm da sua saúde parece constituir um indicador global e holístico de bem-estar, influenciado, mas não fortemente correlacionado com a existência de patologia clínica. Um estudo realizado na população, em geral, do Canadá revelou que cerca de 21 % dos entrevistados se consideraram de excelente saúde, 63 % de boa ou muito boa saúde e apenas 3 % consideraram a sua saúde como má. O facto de a nossa população de estudo ser constituída por utilizadores de um serviço de saúde poderá justificar os piores valores obtidos pelo presente trabalho (Thoits, 1987).

Encontrou-se uma associação positiva entre a prática de determinados comportamentos e a percepção de saúde. Este facto vem reforçar a importância da promoção destes comportamentos na população, em geral, não só pelas suas repercussões no estado de saúde física, como demonstrado por Belloc e Breslow, mas também pelas suas aparentes repercussões no sentimento de bem-estar.

De notar, no entanto, que muitos dos que não promovem a sua saúde se sentiram igualmente de boa saúde, o que levanta inúmeras questões quanto à dificuldade de mudar hábitos e estilos de vida em quem se sente de boa saúde.

Saber até que ponto a percepção da saúde pode interferir na mudança de hábitos e estilos de vida surge como uma nova formulação da hipótese inicial deste trabalho, que poderá suscitar novas investigações e novas estratégias de promoção da saúde.

Sabe-se, contudo, que a adopção de hábitos e estilos de vida que comportam em si riscos para a saúde não é uma escolha livre dos indivíduos, mas uma escolha condicionada por factores psico-sociais, pelo que, embora o papel dos serviços de saúde possa ser relevante na dinamização de transformações na comunidade que a levem a opções mais saudáveis, será de pouca eficácia se não contar com a vontade e o apoio de múltiplos sectores da vida política, social e económica, e bem assim com a participação daqueles a quem as estratégias de promoção da saúde se destinam.

NOTA: Trabalho premiado em 1990 com o Prémio Amal-do Sampaio, *ex aequo*, atribuído pela Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública.

### Agradecimentos

Gostaríamos de expressar uma palavra de agradecimento a todos quantos contribuíram para a realização deste trabalho e em particular:

- À direcção do Centro de Saúde de Sete Rios: Dr. Mário Dinis, enfermeira Silva Pereira e D. Alda Barata;
- Ao Dr. Manuel Schiappa;
- À enfermeira Gabriela Silva Rego e Rosário Silva Horta, pelo entusiasmo e empenhamento com que colaboraram na realização do trabalho;
- Ao Dr. Teodoro Briz, pelo apoio no tratamento estatístico dos dados;
- À técnica de serviço social Maria José Passos.

Gostaríamos ainda de expressar o nosso agradecimento, pelo contributo na recolha de informação:

- Aos alunos da Escola Técnica de Enfermagem: Carlos Bonito, Cristina Oliveira, Dina Correia, Graça Lopes, Guilhermina Marto, Helena Norinha, Isaura Loureiro, Maria Manuel Reis, Mário André e Mercedes Veiga;
- Aos alunos do curso de técnicos de serviço social: Carlos Nunes, Isabel Morgado, Graça Correia e Graça Pala;
- À enfermeira Manuela Martins e Sara Pinhel;
- As colegas Graça Freitas, Fátima Figueiredo e Margarida Mendes.

Ainda o nosso agradecimento:

- A todos os colegas, pela forma simpática como acolheram a realização deste trabalho; e
- A todos os utentes que tão prontamente acederam a responder ao questionário.

### □ Referências bibliográficas

ABRAMSON, J.

Survey methods in community medicine. An introduction to epidemiological and evaluative studies, 2.<sup>a</sup> ed., Edinburgh: Ed. Churchill Livingstone, 1979.

ABRANTES, A., e NATÁRIO, A.

Morbilidade revelada na procura de cuidados de saúde primários no concelho da Nazaré. «Acta Méd. Port.», 1983, 4, 254-264.

ANDERSON, P.

Managing alcohol problems in general practice. «BMJ», 1985, 290, 1973-1975.

ANDERSON, P., et al.

What are safe levels of alcohol consumption? «BMJ», 1984, 284, 1657-1658.

BELLOC, N. B., e BRESLOW, L.

Relationship of physical health status and health practices. «Prev. Med.», 1972, 1, 409-421.

BERKANOVIC, S. B. K.

Indicators of behaviour conducive to health. «WHO», health promotion and protection, European research series, n.º 22, Copenhagen: WHO, 1987, 266-281.

CURRY, L., e PUTNAM, W.

Physician practice profile for CME: four investigations into sampling methods. «Med. Care», 1982, 20, 10, 993-1000.

DEAN, K.

Social support and health: pathways of influence. «Health Promotion», 1986, 1, 2, 133-150.

GODIN, G., et al.

Assessment of leisure time exercise behaviour by self-report: a concurrent validity study. «Can. J. Public Health», 1986, 77, 359-362.

GOODE, W., e HATT, P.

Methods in social research, 24.<sup>a</sup> ed., London (international student edition): McGraw Hill, 1981.

GRANATE, M. C.

Fumar e adoecer. In Prevenção do Tabagismo, 2.<sup>o</sup> caderno, Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo, 1984.

HAMBURG, D. A.

Habits for health. «World Health Forum», 1987, 8, 9-12.

HOLLAND, W. W., e BREEZE, E.

Good life-styles for good health. «World Health Forum», 1986, 7, 380-386.

ISACSON, S., et al.

Métodos para avaliação do consumo de álcool. Resultados do estudo da população «Homens nascidos em 1914». «Rev. CEN», 1987, 2, 21-23.

JACOBSON, D. E.

Types and timing of social support. «J. Health Soc. Behav.», 1986, 72, 3, 250-264.

JAVEAU, C.

L'enquête par questionnaire. Manuel à l'usage du praticien, 2.<sup>a</sup> ed., Paris: Éditions de l'Université de Bruxelles, 1978.

JELLIFE, D. B.

Appreciation de l'état nutritionnel des populations (principalement par voie d'enquête dans le pays en développement), Genève: OMS, 1969, 256-259.

KAPLAN, G. A., e CAMACHO, T.

Perceived health and mortality: a nine year follow up of the human population laboratory cohort. «Am. J. Epidemiol.», 1983, 117, 3, 292-304.

MILLAR, W.

Distribution of body weight and height: comparison of estimates based on self-reported and observed measures. «J. Epidemiol. Community Health», 1986, 40, 319-323.

NOACK, H.

Concepts of health and health promotion in measurement in health promotion and protection. «WHO», regional publications, European series, n.º 22, 1987, 5-28.

OMS

Problèmes liés à la consommation d'alcool, série de rapports techniques, 650, Genève, 1980.

RITSON, E. B.

Community response to alcohol — related problems.  
«WHO», public health papers, n.º 81, 1985.

SCHLESSELMAN, J. J.

Case-control studies. Design, conduct, analysis, 9.<sup>a</sup> ed., New York: Oxford University Press, 1982, 174-196.

SEIDEL, J., et al.

Overweight and chronic illness — a retrospective cohort study with a follow up of 6-17 years in men and women of initially 20-50 years of age.  
«J. Chron. Dis.», 1986, 39, 8, 585-593.

THOITS, P. A.

Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress.  
«J. Health Soc. Behav.», 1982, 23, 145-149.

THOITS, P. A.

Le rapport action santé, nos conceptions, nos actions.  
«Promotion de la santé», 1987, 25, 3.

WALLACE, P. G., et al.

Are general practitioners doing enough to promote healthy lifestyle? Findings of the Medical Research Council's general practice research framework study on lifestyle and health.  
«BMJ», 1987, 294, 940-942.

WARE, J. E., et al.

Choosing measures of health status for individuals in general populations.  
«AJPH», 1981, 71, 6, 620-625.

WHO

Habitual physical activity and health.  
«WHO», regional publications, European series, n.º 6, 1979.

## □ Résumé

### HABITUDES DE VIE ET PERCEPTION DE SANTÉ. ENQUÊTE D'UNE JOURNÉE AUX UTILISATEURS D'UN CENTRE DE SANTÉ

Les maladies chronico-dégénératives et les accidents étant actuellement les principales causes de maladie, d'incapacité et de mortalité, on reconnaît l'importance de promouvoir des habitudes et des styles de vie favorables à la santé, dans le but de réduire l'incidence de ces maladies.

Plusieurs études longitudinales ont démontré que la perception de chaque individu au sujet de sa propre santé constitue un indicateur de santé subjectif et prédiction de mortalité importante.

Au moyen d'une enquête d'une journée auprès des utilisateurs d'un centre de santé on a essayé de connaître la prévalence de certaines habitudes de vie, ainsi que la perception de chaque utilisateur au sujet de sa santé.

On a constaté que la prévalence d'habitudes favorables à la santé était réduite. Les classes sociales les plus basses et les moins instruites semblent moins promouvoir la santé.

On a pu trouver une association positive entre niveau d'instruction et indice de comportements salutaires, aussi bien qu'entre ces comportements et perception de santé.

Ces données suggèrent la nécessité de promouvoir des habitudes plus saines auprès des classes moins favorisées, et d'effectuer des recherches et développer des stratégies qui facilitent l'adoption d'options plus salutaires par l'individu aussi bien que par la communauté.

## □ Summary

### LIFE HABITS AND HEALTH PERCEPTION. ONE-DAY INQUIRY AMONG USERS OF A HEALTH CENTRE

Chronic-degenerative diseases and accidents are currently the main causes of sickness, incapacity and death. The importance of promoting habits and life-styles favourable to health is recognized as the way to reduce the incidence of such diseases.

Several longitudinal studies have shown that an individual's perception of his own health constitutes a subjective health indicator and an important mortality predictor.

The objective of this one-day inquiry among the users of a health centre was to determine the prevalence of certain habits of life, and how perceptive each user was to his own health.

The inquiry showed the existence of a low prevalence of health-promoting habits. The lower and less educated social classes seem to least promote health.

A positive association was established between education level and a healthy behaviour index, as well as between these behaviours and health perception.

The data collected suggest the need to promote healthier habits, in priority among the lower classes, as well as the need to investigate and develop strategies that will enable the individual and the community to adopt healthier options.