

ESTILOS DE VIDA E PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Em Idosos Portugueses de Zonas Rural e Urbana

Joana ARAÚJO, Elisabete RAMOS, Carla LOPES

RESUMO

A percepção do estado de saúde é fundamental para um melhor planeamento em saúde, não só pelo seu papel como determinante de saúde, mas também pela sua relação com a adopção de comportamentos promotores de saúde. O objectivo deste trabalho foi estudar a relação entre os estilos de vida e a percepção do estado de saúde, em idosos Portugueses, de acordo com a sua residência em áreas rural ou urbana.

Foram avaliados 80 indivíduos de Rebordelo, Trás-os-Montes (zona rural) e 383 do Porto (zona urbana), com idade ≥ 60 anos e escolaridade ≤ 4 anos. A informação foi recolhida por entrevistadores treinados através de um questionário estruturado que avaliou características sociais, demográficas, comportamentais, clínicas e antropométricas. Como estilos de vida foram avaliados a prática de actividade física de lazer, o consumo de tabaco, de bebidas alcoólicas e de fruta e vegetais. Cada indivíduo classificou o seu estado de saúde, de acordo com cinco opções (ótimo, muito bom, bom, razoável ou fraco), posteriormente agrupadas em duas: fraco versus as restantes. Foi utilizada a regressão logística não condicional para o cálculo de *odds ratio* (OR) e intervalos de confiança a 95% (IC95%), ajustados para sexo e escolaridade.

Cerca de 41% dos idosos da zona rural e 32% dos da zona urbana perceberam o seu estado de saúde como fraco. Em análise multivariada, na zona rural, a percepção do estado de saúde como fraco associou-se inversamente com a prática de actividade física de lazer (OR=0,22, IC95% 0,06-0,80). Na zona urbana, consumir bebidas alcoólicas associou-se a uma menor probabilidade de perceber o estado de saúde como fraco (considerando não beber como referência, $>0-15$ g álcool/dia: OR=0,42, IC95% 0,24-0,72; >15 g álcool/dia: OR=0,60, IC95% 0,32-1,11). Na zona rural, verificou-se uma associação positiva entre o consumo de fruta e vegetais e a percepção do estado de saúde como fraco (≥ 5 vs. <5 porções/dia: OR=5,21, IC95% 1,14-23,83), enquanto na zona urbana se verificou uma relação inversa (OR=0,75, IC95% 0,45-1,25). A percepção do estado de saúde como fraco associou-se inversamente com a prática de actividade física de lazer, na zona rural, e com o consumo de bebidas alcoólicas, na zona urbana. O consumo de fruta e vegetais associou-se com a percepção do estado de saúde nas duas populações, mas enquanto na zona rural o consumo de cinco ou mais porções/dia se associou com uma percepção fraca da saúde, na zona urbana esta associação foi no sentido inverso.

J.A., E.R., C.L.: Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública e Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Portugal.

SUMMARY

LIFESTYLES AND SELF-RATED HEALTH, IN PORTUGUESE ELDERLY FROM RURAL AND URBAN AREAS

The perception of health status is essential for better planning in health, not only due to its role as a determinant of health, but also because it is related with the adoption of health-promoting behaviours. The aim of the present study was to explore the relationship between lifestyles and self-rated health, in Portuguese elderly, according to their residence in rural or urban areas.

We evaluated 80 individuals from Rebordelo, Trás-os-Montes (rural area) and 383 from Porto (urban area), with 60 or more years and with four or less years of education. Data were collected by trained interviewers, through a structured questionnaire, to evaluate social, demographic, health and behavioural characteristics. Anthropometric measures were also obtained. Leisure-time physical activity, tobacco, alcohol and fruit and vegetable consumption were the lifestyles evaluated. To evaluate self-rated health, each person rated their health status, according to five options (excellent, very good, good, reasonable or poor), later grouped into two: poor versus the others. *Odds ratio* (OR) and 95% confidence

intervals (95%CI) were calculated by unconditional logistic regression, after adjustment for sex and education.

About 41% of the elderly from the rural area and 32% from the urban area rated their health status as poor. In multivariate analysis, in the rural area, poor self-rated health was inversely associated with the practice of leisure-time physical activity (OR = 0.22, 95%CI 0.06-0.80). In urban area, alcohol consumption was associated with a lower probability of self-rating health as poor (considering not drinking as reference, >0-15g alcohol/day: OR=0.42, 95%CI 0.24-0.72; >15g alcohol/day: OR=0.60, 95%CI 0.32-1.11). In the rural area, a positive association between fruit and vegetable consumption and poor self-rated health was found (≥ 5 vs. < 5 portions/day: OR=5.21, 95%CI 1.14-23.83), while in the urban area there was an inverse association (OR=0.75, 95%CI 0.45-1.25).

Poor Self-rated health was inversely associated with leisure-time physical activity in the rural area, and with the consumption of alcoholic beverages in the urban area. The consumption of fruit and vegetables was associated with self-rated health in both populations, but while in the rural area the consumption of 5 or more servings per day was associated with a poor perception of health, in the urban area this association was in the inverse direction.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem-se assistido a um progressivo envelhecimento da população mundial. Em Portugal, à semelhança do panorama mundial, o envelhecimento populacional também tem vindo a aumentar, prevendo-se que a proporção de idosos aumente de 17%, em 2007, para 32% em 2050¹.

À medida que a população envelhece, as doenças crónicas reforçam o seu papel como causa de morbilidade e mortalidade², com elevados custos não só para os indivíduos, mas também para a sociedade e para o sistema de saúde. Contudo, muitas das doenças crónicas são preveníveis e, por essa razão, é reconhecida a importância dos indivíduos, incluindo especificamente os idosos, adoptarem comportamentos promotores de saúde³.

O estado de saúde é um dos factores determinantes para a adopção de comportamentos promotores de saúde e a percepção do estado de saúde é actualmente um dos indicadores mais usados em saúde, uma vez que está descrito como um bom preditor de morbilidade e mortalidade^{4, 5}, tendo sido também recomendado para a monitorização da saúde das populações, pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶. Um dos instrumentos utilizados na medição da percepção do estado de saúde baseia-se numa questão simples, que corresponde à primeira questão do questionário *36-item short-form health survey* (SF-36)⁷. A percepção do estado de saúde, avaliada através desta questão, tem sido alvo de estudo pela sua associação com a ocorrência de doença e com a mortalidade^{4,8,9}, bem como com comportamentos em saúde¹⁰⁻¹². Estes estudos foram efectuados em diversas populações, nomeadamente na faixa etária dos idosos^{9, 13}.

A área de residência é um dos factores condicionantes da percepção do estado de saúde e também pode

condicionar a sua relação com outros factores que afectam a saúde. Além das diferenças sócio-económicas expectáveis, alguns estudos mencionam que os idosos que vivem em meio rural têm maior risco de ter uma alimentação nutricionalmente pobre¹⁴ e reportam estilos de vida mais sedentários^{15, 16}, factores geralmente associados a maior morbilidade e mortalidade. Por outro lado, outros estudos referem que nas populações urbanas, os níveis de saúde são geralmente piores¹⁷ e a mortalidade superior¹⁸. Mas são escassos os estudos que exploram as diferenças na percepção de saúde e na relação entre a percepção de saúde e comportamentos, de acordo com a área geográfica de residência.

Foi objectivo deste trabalho estudar a relação entre os estilos de vida e a percepção do estado de saúde, em idosos Portugueses, de acordo com a residência numa área rural ou urbana.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

Neste trabalho, participaram indivíduos de ambos os sexos, com idade ≥ 60 anos de duas áreas de residência: urbana e rural. Em ambas as amostras a análise foi restringida aos indivíduos com escolaridade até quatro anos, uma vez que na amostra rural apenas um número muito reduzido de indivíduos tinha mais de quatro anos de escolaridade.

Para a distinção de área urbana e rural, seguiram-se os critérios do Instituto Nacional de Estatística, considerando-se freguesia rural aquela que possua uma densidade populacional inferior ou igual a 100 hab./Km² ou que integre um lugar com população residente inferior a 2000 habitantes e freguesia urbana aquela que possua densidade populacional superior a 500 hab./Km² ou que integre um

lugar com população residente superior ou igual a 5000 habitantes.

Os dados relativos à população rural são provenientes de uma amostra de conveniência de uma avaliação de saúde, efectuada em 2007, à população de Rebordelo, pertencente ao concelho de Vinhais, Trás-os-Montes. Foram incluídos na presente análise 80 indivíduos (62,5% mulheres) idosos com escolaridade igual ou inferior a quatro anos completos. Os dados relativos à população urbana são provenientes da reavaliação de uma coorte de indivíduos (decorrida de 2005 a 2008) no âmbito do projecto EPIPorto^{19,20}. Os participantes foram seleccionados, por aleatorização de dígitos telefónicos, de entre os indivíduos de etnia caucasiana, nacionalidade Portuguesa, com idade ≥ 18 anos e residentes na cidade do Porto, obtendo-se uma proporção de participação de 70%, de acordo com o previamente descrito²⁰. Até ao final do ano de 2007, a reavaliação da coorte EPIPorto contava com a participação de 1571 indivíduos (63,2% do total de indivíduos da primeira avaliação). Para este trabalho foi analisada a informação relativa aos 383 indivíduos (67,4% mulheres) com idade ≥ 60 anos e com escolaridade igual ou inferior a quatro anos.

As distribuições por sexo das duas amostras foram comparadas com as populações que lhes deram origem, através dos dados dos censos do INE²¹. Apesar da comparabilidade estar limitada pelo facto dos dados do INE serem apresentados com um ponto de corte diferente (idade ≥ 65 anos) do utilizado neste estudo (idade ≥ 60 anos), não se observaram diferenças significativas na proporção de mulheres da amostra urbana em comparação com a da população do Porto (63,5% na população do Porto vs. 67,4% na amostra urbana, $p=0,118$), nem na proporção de mulheres da amostra rural relativamente à da população de Vinhais, concelho ao qual pertence Rebordelo (56,2% na população de Vinhais vs. 62,5% na amostra rural, $p=0,260$).

Entrevistadores treinados recolheram informação relativa a características sociais, demográficas, comportamentais e clínicas, através de questionários estruturados desenvolvidos previamente^{19,20}. Foram também avaliados parâmetros antropométricos, como peso, altura e perímetro da cintura, de acordo com os procedimentos padronizados. Os participantes foram categorizados em classes de Índice de Massa Corporal (IMC), segundo a classificação da OMS²².

A actividade física foi avaliada por um questionário validado²³ e no presente artigo foi utilizada a informação relativa à prática regular (durante pelo menos 30 minutos por semana) de qualquer tipo de actividade física de lazer, respeitante ao ano anterior. Foram consideradas as actividades de dispêndio energético superior a 2,5 equivalentes metabólicos, o que inclui caminhar, correr e quaisquer actividades desportivas.

O consumo de tabaco foi auto-reportado considerando

as categorias da OMS, em não fumadores (nunca fumaram); em fumadores actuais, que inclui fumadores diários (pelo menos 1 cigarro/dia) e fumadores ocasionais (<1 cigarro/dia); e em ex-fumadores (aqueles que deixaram de fumar há pelo menos seis 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 validado²⁴, reportando-se à ingestão do ano anterior à entrevista. Foi avaliada a frequência de consumo de diferentes bebidas alcoólicas, assumindo-se como porção média 125 ml de vinho, 330 ml de cerveja ou 40 ml de bebidas espirituosas. A conversão para a ingestão total de álcool foi realizada através do software Food Processor Plus[®] (ESHA Research, Salem, OR, USA 1997) usando um algoritmo que assumiu as seguintes concentrações de álcool em volume: 12% para o vinho; 4,7% para a cerveja e 50% para vodka e bebidas semelhantes. A ingestão de álcool foi categorizada em três classes: 0g, >0-15g e >15g álcool/dia, assumindo os 15g de álcool como um copo de bebida alcoólica, em média²⁵.

O consumo de fruta e vegetais foi obtido através da frequência de consumo de sopa, vegetais no prato e fruta, avaliada através de nove opções de resposta a variar de nunca a seis ou mais vezes por dia. 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 OMS³.

A percepção do estado de saúde foi avaliada através da primeira questão do questionário SF-36⁷ na versão adaptada para Português^{26,27}. A questão apresenta cinco opções de resposta: óptimo, muito bom, bom, razoável ou fraco, sendo que para a presente análise, as primeiras quatro opções foram categorizadas numa só, designada genericamente de bom, para comparação com o fraco.

Ética

Neste estudo foram respeitadas as regras de conduta conforme a *Declaração de Helsinquia* 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 das restantes 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 os estilos de vida (prática de actividade física de lazer, tabaco, consumo de bebidas alcoólicas e de fruta e vegetais) e a 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 sexo e escolaridade.

Toda a análise estatística foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

RESULTADOS

As características dos participantes, por zona rural e urbana, estão descritas no Quadro 1. Comparando com os indivíduos da zona rural, os da zona urbana eram mais escolarizados, uma maior proporção referiu praticar actividade física de lazer (38,1% vs. 23,8%, $p=0,015$) e ter um consumo superior de fruta e vegetais (≥ 5 porções diárias de fruta e vegetais: 29,0% vs. 15,2%, $p=0,011$). Analisando o contributo separado de fruta e de vegetais, a diferença foi mais marcada no que se refere ao consumo de

Quadro 1 – Características sociodemográficas, antropométricas e estilos de vida, por população rural e urbana.

	Rural (n=80)	Urbana (n=383)	
		n (%)	p
Idade (anos)			
60 – 74	54 (67,5)	267 (69,7)	
≥ 75	26 (32,5)	116 (30,3)	0,693
Sexo			
Feminino	50 (62,5)	258 (67,4)	
Masculino	30 (37,5)	125 (32,6)	0,402
Escolaridade (anos)			
0	32 (40,0)	38 (9,9)	
1-3	20 (25,0)	70 (18,3)	
4	28 (35,0)	275 (71,8)	< 0,001
IMC (kg/m²)			
< 25,0	21 (26,9)	67 (18,1)	
25,0 – 29,9	35 (44,9)	157 (42,4)	
$\geq 30,0$	22 (28,2)	146 (39,5)	0,090
Actividade física de lazer			
Não	61 (76,2)	224 (61,9)	
Sim	19 (23,8)	138 (38,1)	0,015
Tabaco			
Nunca fumadores	67 (83,8)	284 (74,3)	
Alguma vez fumadores	13 (16,2)	98 (25,7)	0,073
Álcool (g/dia)			
0	34 (42,5)	120 (32,3)	
>0 – 15	12 (15,0)	134 (36,0)	
>15	34 (42,5)	118 (31,7)	0,001
Fruta/vegetais (porções/dia)			
< 5	67 (84,8)	269 (71,0)	
≥ 5	12 (15,2)	110 (29,0)	0,011
Percepção estado saúde			
Bom	47 (58,8)	259 (67,6)	
Fraco	33 (41,2)	124 (32,4)	0,127

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

fruta, sendo que o consumo mediano e respectivos percentis 25 e 75 (P25-P75) de fruta foi de 1,0 (0,79-2,50) porções na zona rural e de 2,5 (1,0-2,5) porções na zona urbana ($p < 0,001$). A população da zona rural, comparativamente à urbana, apresentou uma maior proporção de indivíduos nas classes extremas de consumo de álcool (que não consomem e que consomem mais de 15g/dia). Também uma maior proporção de indivíduos da zona rural percepcionou o seu estado de saúde como fraco, relativamente à zona urbana, embora a diferença não atinja significado estatístico (41,2% vs. 32,4%, $p=0,127$).

No Quadro 2 é apresentada a comparação das

características sociodemográficas, IMC e os estilos de vida, de acordo com a percepção do estado de saúde, em ambas as amostras. Nas duas amostras, aqueles que percepcionaram o seu estado de saúde como fraco são mais frequentemente do sexo feminino, contudo esta diferença foi estatisticamente significativa apenas na zona urbana (83,9% vs. 59,5%, $p < 0,001$). Verificou-se que na zona rural a maior proporção dos que reportaram o seu estado de saúde como fraco apresentaram a escolaridade mais baixa, enquanto na zona urbana foram aqueles que apresentaram a escolaridade mais alta. Relativamente aos estilos de vida, verificou-se que entre os que percepcionaram o seu estado

Quadro 2 – Estratificação dos estilos de vida por percepção do estado de saúde, em população rural e urbana.

	Rural (n=80)			Urbana (n=383)		
	Bom	Fraco	<i>p</i>	Bom	Fraco	<i>p</i>
Percepção do estado de saúde						
Idade (anos)						
60 – 74	33 (70,2)	21 (63,6)		174 (67,2)	93 (75,0)	
≥ 75	14 (29,8)	12 (36,4)	0,707	85 (32,8)	31 (25,0)	0,150
Sexo						
Feminino	25 (53,2)	25 (75,8)		154 (59,5)	104 (83,9)	
Masculino	22 (46,8)	8 (24,2)	0,069	105 (40,5)	20 (16,1)	<0,001
Escolaridade (anos)						
0	16 (34,0)	16 (48,5)		19 (7,3)	19 (15,3)	
1-3	9 (19,2)	11 (33,3)		40 (15,5)	30 (24,2)	
4	22 (46,8)	6 (18,2)	0,029	200 (77,2)	75 (60,5)	0,002
IMC (kg/m²)						
< 25,0	13 (27,7)	8 (25,8)		47 (18,6)	20 (17,1)	
25,0 – 29,9	23 (48,9)	12 (38,7)		116 (45,8)	41 (35,0)	
≥ 30	11 (23,4)	11 (35,5)	0,490	90 (35,6)	56 (47,9)	0,069
Actividade física de lazer						
Não	32 (68,1)	29 (87,9)		144 (59,5)	80 (66,7)	
Sim	15 (31,9)	4 (12,1)	0,041	98 (40,5)	40 (33,3)	0,187
Tabaco						
Nunca fumadores	38 (80,9)	29 (87,9)		179 (69,1)	105 (85,4)	
Alguma vez fumadores	9 (19,1)	4 (12,1)	0,402	80 (30,9)	18 (14,6)	0,001
Álcool (g/dia)						
0	15 (31,9)	19 (57,6)		63 (25,2)	57 (46,7)	
>0 – 15	8 (17,0)	4 (12,1)		98 (39,2)	36 (29,5)	
>15	24 (51,1)	10 (30,3)	0,071	89 (35,6)	29 (23,8)	<0,001
Fruta/vegetais (porções/dia)						
< 5	42 (91,3)	25 (75,8)		176 (68,5)	93 (76,2)	
≥ 5	4 (8,7)	8 (24,2)	0,058	81 (31,5)	29 (23,8)	0,121

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

de saúde como fraco, foi maior a proporção de indivíduos que nunca fumaram e de indivíduos que não bebem bebidas alcoólicas, mas apenas com significado estatístico na zona urbana. A proporção de indivíduos que referiu praticar regularmente actividade física de lazer foi menor entre os que perceberam o estado de saúde como fraco, do que de entre os que o perceberam como bom, contudo esta diferença foi estatisticamente significativa apenas na zona rural (12,1% vs. 31,9%, $p=0,041$). Embora sem significado estatístico, na amostra rural, a proporção que referiu um consumo de fruta e vegetais igual ou superior a cinco porções por dia foi superior nos que perceberam o seu estado de saúde como fraco, comparativamente aos que o perceberam como bom (24,2% vs. 8,7%, $p=0,058$), enquanto na amostra urbana essa proporção foi menor nos que perceberam o estado de saúde como fraco (23,8% vs. 31,5%, $p=0,121$). A idade e o IMC não se associaram de forma estatisticamente significativa com a percepção do estado de saúde, em ambas as zonas.

Após ajuste para o sexo e a escolaridade, o consumo de bebidas alcoólicas associou-se inversamente com a percepção do estado de saúde como fraco, estatisticamente significativo na zona urbana (Quadro 3). Os indivíduos com um consumo moderado de bebidas alcoólicas apresentaram cerca de 60% menos probabilidade de perceber o seu estado de saúde como fraco (OR=0,42, IC 95% 0,24-0,72), mas nos que consomem mais de 15g/dia a probabilidade foi de 40% (OR=0,60, IC 95% 0,32-1,11). Na zona rural, a percepção do estado de saúde como fraco associou-se inversamente

com a prática de actividade física de lazer (OR=0,22, IC 95% 0,06-0,80). Relativamente ao consumo de fruta e vegetais, o consumo de cinco ou mais porções por dia aumentou a probabilidade dos indivíduos perceberem o seu estado de saúde como fraco (OR=5,21, IC 95% 1,14-23,83), na zona rural, enquanto na zona urbana, apesar de a associação não ser estatisticamente significativa, um maior consumo de fruta e vegetais diminuiu a probabilidade dos indivíduos perceberem o seu estado de saúde como fraco (OR=0,75, IC 95% 0,45-1,25) (Quadro 3).

DISCUSSÃO

No presente estudo, em indivíduos idosos com baixo nível de escolaridade, o estado de saúde foi percebido como fraco por 41,2% dos indivíduos da zona rural e 32,4% dos da zona urbana, embora esta diferença não tenha alcançado a significância estatística. A informação disponível do Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/2006 indica que cerca de 41,4% dos residentes em Portugal Continental com 65 anos ou mais reportam o seu estado de saúde como mau ou muito mau²⁸. No entanto, os dados do INS são apresentados agregando as respostas *mau* e *muito mau* e reportam-se a indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e não a 60; adicionalmente, não diferenciam a classe de escolaridade dos indivíduos nem a área de residência, pelo que não são directamente comparáveis com os do presente estudo.

Neste trabalho, os indivíduos da zona rural

Quadro 3 – Associação dos estilos de vida com a percepção do estado de saúde (Bom vs. Fraco), por população rural e urbana.

	Rural (n=80)		Urbana (n=383)	
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado [†] (IC95%)	OR bruto (IC95%)	OR ajustado [†] (IC95%)
Actividade física de lazer				
Não	1*	1*	1*	1*
Sim	0,29 (0,09-0,99)	0,22 (0,06-0,80)	0,74 (0,47-1,16)	0,91 (0,56-1,48)
Tabaco				
Nunca fumadores	1*	1*	1*	1*
Alguma vez fumadores	0,58 (0,16-2,08)	1,29 (0,24-7,03)	0,38 (0,22-0,68)	0,89 (0,42-1,89)
Álcool (g/dia)				
0	1*	1*	1*	1*
>0 – 15	0,40 (0,10-1,57)	0,46 (0,10-2,02)	0,41 (0,24-0,69)	0,42 (0,24-0,72)
>15	0,33 (0,12-0,90)	0,39 (0,13-1,22)	0,36 (0,21-0,63)	0,60 (0,32-1,11)
Fruta/vegetais (porções/dia)				
< 5	1*	1*	1*	1*
≥ 5	3,36 (0,92-12,31)	5,21 (1,14-23,83)	0,68 (0,41-1,11)	0,75 (0,45-1,25)

OR: Odds ratio; IC95%: Intervalos de confiança a 95%. * Classe de referência; [†]Ajuste para o sexo e a escolaridade.

percepcionaram o seu estado de saúde pior do que os residentes na zona urbana, embora sem diferenças significativas. Noutros estudos, nomeadamente em adultos dos EUA²⁹ e idosos do México³⁰, os indivíduos da zona rural percepcionaram mais frequentemente o seu estado de saúde como fraco. Já no Canadá, em indivíduos também idosos³¹ a percepção do estado de saúde foi independente da área geográfica. A idade é um factor determinante da percepção do estado de saúde³², o facto de este estudo incidir sobre uma faixa etária específica pode ter condicionado a ausência de uma associação estatisticamente significativa na comparação das duas populações, uma vez que diminuiu a variabilidade entre as amostras. Por outro lado, a falta de associação também pode ter sido condicionada pela restrição da análise aos indivíduos com escolaridade igual ou inferior a quatro anos, uma vez que esta característica é também um determinante da percepção do estado de saúde^{32, 33}.

Os idosos da zona rural apresentaram, de uma forma geral, piores estilos de vida do que os da zona urbana, uma vez que referiram praticar menos frequentemente actividade física de lazer, consumir mais bebidas alcoólicas e menos porções de fruta e vegetais. Estas observações estão de acordo com o descrito para populações na Finlândia¹⁵ e nos EUA¹⁶. Só em relação ao tabaco, o comportamento se revelou de maior risco na zona urbana, onde foi encontrada uma maior proporção de indivíduos fumadores. Este é um resultado expectável, tendo em conta a evolução da epidemia do tabaco em Portugal. No ano de 2000 o país encontrava-se na fase 2 da epidemia³⁴, indicando que a população com idade superior a 59 anos reflecte ainda o perfil da fase 1 da epidemia, pelo que seria esperada uma maior proporção de fumadores na zona urbana, onde os indivíduos são mais escolarizados.

Na zona urbana, os indivíduos consumidores de bebidas alcoólicas, apresentaram uma menor probabilidade de percepcionar o seu estado de saúde como fraco. Este resultado pode parecer inesperado, particularmente porque esta tendência se mantém mesmo na categoria de maior consumo, embora sem significado estatístico. 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 J¹⁰. Contudo, no contexto cultural da sociedade portuguesa o consumo de álcool é ainda um comportamento socialmente aceite e esta pode ser uma possível explicação para a sua associação positiva com a percepção do estado de saúde. Na zona rural, apesar de se verificar a mesma tendência entre o álcool e a percepção do estado de saúde, não se encontraram associações significativas, mas tal resultado pode dever-se ao reduzido tamanho amostral neste grupo e, portanto a um baixo poder estatístico. Por outro lado, dada a natureza transversal do estudo, estes resultados podem ser explicados por causalidade inversa, havendo uma distorção

temporal entre o comportamento e a percepção do estado de saúde. Isto é, aqueles que actualmente referem não beber, podem ter deixado de beber por percepcionarem a sua saúde como fraca ou mesmo pela presença de patologia que limita o consumo.

Na zona rural, a prática de actividade física de lazer diminuiu a probabilidade dos indivíduos percepcionarem o seu estado de saúde como fraco, tal como descrito em estudos com indivíduos adultos^{10,11,35}. Seria interessante estudar não só o papel da actividade física de lazer mas também a actividade física profissional ou o dispêndio energético total, uma vez que na população idosa Portuguesa a prática de actividade física de lazer não é usual³⁶. Contudo, optamos por esta análise, pois o papel da actividade física realizada por lazer pode ter importância por outros mecanismos que não só o exercício físico^{37, 38}. Por outro lado, foi também considerado como actividade física de lazer o caminhar, pois mesmo que possa não ter a intensidade suficiente para mostrar efeito fisiológico, é uma das práticas mais correntes entre os idosos Portugueses. Uma limitação deste estudo na comparabilidade dos resultados da zona rural e urbana poderá ser a classificação diferencial dos indivíduos, uma vez que a distinção da actividade física de lazer poderá ser mais difícil na zona rural, onde pequenas caminhadas poderão não ser encaradas como exercício físico. Por outro lado, assim como referido anteriormente, não se pode afastar a hipótese da causalidade inversa como possível explicação para a associação da prática de actividade física com uma melhor percepção do estado de saúde.

Na zona urbana, embora sem alcançar significância estatística, um maior consumo de fruta e vegetais pareceu diminuir a probabilidade dos indivíduos percepcionarem o seu estado de saúde como fraco, o que vai de encontro ao descrito na generalidade da literatura. Contudo, na zona rural, quem referiu consumir mais fruta e vegetais, percepcionou mais frequentemente o seu estado de saúde como fraco. Uma explicação para estes resultados, pode 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 vegetais, como medida terapêutica, e o mesmo não ocorra na zona urbana. Estas diferenças podem também relacionar-se com o padrão de consumo. Nos dados dos inquéritos aos orçamentos familiares (IOF) portugueses³⁹ o consumo de fruta e vegetais é mais elevado na zona urbana. 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, ambos reportam um maior consumo de fruta e vegetais na zona urbana. Os dados referentes aos IOF reportam ainda uma disponibilidade familiar de fruta menor na zona rural (tal como neste estudo, a diferença de consumo total de fruta e vegetais entre as zonas rural e urbana, deveu-se

essencialmente ao baixo consumo de fruta) e uma grande variação sazonal na disponibilidade deste grupo alimentar. É essa a informação de outros países relativa ao do consumo de fruta e vegetais por áreas geográficas, contudo, um estudo em Inglaterra⁴⁰ reporta um maior consumo de fruta e vegetais na zona rural, ao contrário dos presentes resultados. No entanto, e independentemente das razões, o menor consumo de fruta e vegetais na zona rural pode indiciar que o aumento do consumo é feito como resposta a um estímulo externo, havendo uma grande probabilidade desse estímulo ser por indicação dos profissionais de saúde a quem já tem alguma patologia, assim a associação encontrada reflecte causalidade inversa. De salientar que em ambas as regiões, uma elevada proporção de indivíduos não atingiu as recomendações da OMS de um consumo ≥ 5 porções de fruta e vegetais por dia (71,0% na zona urbana e 84,8% na zona rural).

Uma das principais limitações deste estudo, resulta da sua natureza transversal, que não permite inferir se os estilos de vida afectaram a percepção do estado de saúde, ou se pelo contrário foi a percepção do estado de saúde que condicionou os comportamentos. Uma outra limitação prende-se com o reduzido tamanho amostral, em particular na amostra rural, que poderá não ter permitido mostrar associações estatisticamente significativas, que de facto pudessem existir.

Na amostra urbana, a informação utilizada no nosso estudo foi recolhida no âmbito da segunda avaliação de uma coorte de base populacional, pelo que não será de excluir a possibilidade de estar presente o viés de *Hawthorne*. Embora a minimização deste viés seja difícil de efectuar, tal como a avaliação da sua possível existência, procedemos a uma comparação de alguns factores modificáveis (como por exemplo, o consumo de tabaco e a actividade física de lazer) avaliados segundo a mesma metodologia na primeira e segunda avaliações. Verificamos que não existiam diferenças estatisticamente significativas em ambos os momentos, pelo que não é expectável que os nossos resultados tenham sofrido o efeito deste viés. No entanto, a maior limitação à comparabilidade das amostras é o facto de uma ser uma amostra aleatória e a outra de conveniência. Pela forma de selecção apenas foi possível calcular a proporção de participação na amostra urbana (70%) e à data da nossa avaliação ainda estava em curso a reavaliação da coorte, mas já tinha sido possível avaliar cerca de 63%. Apesar das limitações apontadas, a comparação realizada entre as nossas amostras e as respectivas populações de origem (censos do INE) mostrou proporções semelhantes na distribuição por sexo e idade. Estes dados, juntamente com o facto de nos restringirmos a uma faixa específica de idade e escolaridade, apoia a validade externa dos resultados nesta população alvo.

Estas observações, além de sugerirem investigação adicional no sentido de esclarecer alguns aspectos, podem

desde já apoiar intervenções diferenciais em grupos com diferentes características.

CONCLUSÕES

Em ambas as zonas de residência, a percepção do estado de saúde associou-se com alguns comportamentos relacionados com saúde, embora de forma diferente nas zonas rural e urbana.

Os indivíduos que apresentaram um consumo diário de cinco ou mais porções de fruta e vegetais, na zona urbana, consideraram ter um melhor estado de saúde, enquanto na zona rural, referiram mais frequentemente o seu estado de saúde como fraco. A percepção do estado de saúde como fraco associou-se inversamente com a prática de actividade física de lazer, na zona rural, e com o consumo de bebidas alcoólicas, na zona urbana.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Associação Socio-Cultural dos Amigos de Rebordelo, pela colaboração na organização da avaliação de saúde à população de Rebordelo e às colegas Andreia Oliveira, Elisabete Pinto, Raquel Lucas, Sofia Correia e Andreia Costa do Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina do Porto, que colaboraram na recolha de informação.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

O estudo EPIPorto foi parcialmente financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, através dos projectos POCTI/ESP/42361/2001 e POCTI/SAU-ESP/61160/2004.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Estatística: Estatísticas Demográficas 2007. Lisboa: INE, I.P. 2008
2. World Health Organization: Active Ageing: Towards Age-Friendly Primary Health Care. Geneva: WHO 2004
3. World Health Organization: Diet, Nutrition and the prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert consultation. Geneva: WHO Technical Report Series 2003;916
4. IDLER EL, BENYAMINI Y: Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21-37.
5. BATH PA: Differences between older men and women in the self-rated health-mortality relationship. *Gerontologist* 2003;43:387-95; discussion 72-5
6. DE BRUINA, 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
7. WARE JE, JR., SHERBOURNE CD: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med*

- Care 1992;30:473-83
8. 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;12:338-45
 9. 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;37:194-200
 10. MANDERBACKA K, LUNDBERG O, MARTIKAINEN P: Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med* 1999;48:1713-20
 11. 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;21:767-76
 12. 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;93:318-23
 13. SUN W, WATANABE M, TANIMOTO Y 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;7:297
 14. 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;131:2192-6
 15. FOGELHOLM M, VALVE R, ABSETZ P 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;34:632-40
 16. 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;57:29-35.
 17. 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;48:16-21.
 18. Office of Population Censuses and Surveys. *Mortality and Geography. A Review in the Mid 1980s, England and Wales.* London: HMSO 1989.
 19. BARROS H, LOPES C, VON HAFE P et al: Risco de enfarte do miocárdio: um estudo comunitário. Descrição do estudo e avaliação da resposta dos participantes comunitários. *Arq Med* 1997;11:285-94
 20. RAMOS E, LOPES C, BARROS H: Investigating the effect of nonparticipation using a population-based case-control study on myocardial infarction. *Ann Epidemiol* 2004;14:437-41
 21. Instituto Nacional de Estatística. *Anuário Estatístico da Região Norte 2007.* Lisboa: INE, I.P. 2008
 22. 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;68:899-917
 23. CAMOES M, SEVERO M, SANTOS AC, BARROS H, LOPES C: Testing an adaptation of the EPIC physical activity questionnaire in Portuguese adults: a validation study that assesses the seasonal bias of self-report. *Ann Hum Biol* 37:185-97
 24. 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.
 25. LICHTENSTEIN AH, APPEL LJ, BRANDS M et al: Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation* 2006;114:82-96
 26. FERREIRA PL: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte II - Testes de Validação. *Acta Med Port* 2000;13:119-27
 27. FERREIRA PL: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Med Port* 2000;13:55-66
 28. Instituto Nacional de Estatística. *Anuário estatístico de Portugal 2008.* Lisboa: INE, I.P. 2009
 29. PATTERSON PD, MOORE CG, PROBST JC, SHINOGLA JA: Obesity and physical inactivity in rural America. *J Rural Health* 2004;20:151-9
 30. SMITH KV, GOLDMAN N: Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico. *Soc Sci Med* 2007;65:1372-85
 31. ST JOHN PD, BLANDFORD AA, STRAIN LA: Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:1175-80
 32. FRANKS P, GOLD MR, FISCELLA K: Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med* 2003;56:2505-14
 33. VON DEM KNESEBECK O, LUSCHEN 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;57:1643-52
 34. SANTOS AC, BARROS H: Smoking patterns in a community sample of Portuguese adults, 1999-2000. *Prev Med* 2004;38:114-9.
 35. HAN MA, KIM KS, PARK J, KANG MG, RYU SY: Association between levels of physical activity and poor self-rated health in Korean adults: The Third Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES), 2005. *Public Health* 2009;123:665-9
 36. CAMOES M, LOPES C: [Factors associated with physical activity in the Portuguese population]. *Rev Saude Publica* 2008;42:208-16.
 37. KU PW, FOX KR, CHEN LJ: Physical activity and depressive symptoms in Taiwanese older adults: a seven-year follow-up study. *Prev Med* 2009;48:250-5
 38. WENDEL-VOS GC, SCHUIT AJ, TIJHUIS MA, KROMHOUT D: Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations. *Qual Life Res* 2004;13:667-77
 39. 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. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/monitoring/fp_monitoring_2002_annexe_pt_04_en.pdf [cited 2010 Jul].
 40. 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;29:341-8.

