

# ESTADO DE SAÚDE E ESTILOS DE VIDA DOS IDOSOS PORTUGUESES: O QUE MUDOU EM 7 ANOS?

Catarina Barros<sup>1</sup>, Ana Gomes<sup>1</sup>, Elisabete Pinto<sup>1</sup>

## RESUMO

**OBJETIVO DO ESTUDO:** O objetivo deste estudo foi comparar indicadores do estado de saúde e estilos de vida, avaliados de igual forma nos dois últimos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS), na população idosa.

**MÉTODOS:** Utilizaram-se dados recolhidos nos últimos dois INS, realizados em 1998/1999 e em 2005/2006. As variáveis comparadas entre os dois períodos foram: auto-percepção do estado de saúde, prevalência de algumas doenças crónicas (auto-declaradas), utilização dos cuidados de saúde, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e número de refeições diárias.

**RESULTADOS:** Neste período de sete anos, observou-se um aumento da proporção de idosos que considerou que o seu estado de saúde era bom ou muito bom (10,6% vs. 13,8%). Constatou-se uma ligeira diminuição da proporção de idosos que realizou  $\geq 3$  consultas no trimestre prévio à entrevista (29,4% vs. 25,2%) e um aumento na proporção de idosos que consultou um profissional de saúde oral no último ano (29,7% vs. 34,1%). Em termos de doenças crónicas, verificou-se um aumento de 10% na prevalência de hipertensão (HT), de 3% na de diabetes mellitus (DM) e de 4% na de obesidade. No que se refere a estilos de vida, salienta-se uma diminuição de 50% na proporção de fumadores e um acréscimo de 25% nos idosos que referiam comer  $\geq 2$  vezes fora das refeições principais.

**CONCLUSÃO:** Ao longo de um período de sete anos, constatou-se um aumento das prevalências de HT, DM e obesidade, mas, concomitantemente, uma melhoria na auto-percepção do estado de saúde da população idosa portuguesa, particularmente entre os idosos com  $\geq 85$  anos, um aspeto positivo a registar na sequência da implementação de medidas específicas nesta área.

**PALAVRAS-CHAVE:** IDOSOS, ESTADO DE SAÚDE, ESTILOS DE VIDA, INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE

## HEALTH STATUS AND LIFESTYLES AMONG PORTUGUESE ELDERLY PEOPLE: WHAT HAS CHANGED IN 7 YEARS?

### ABSTRACT

**AIM OF THE STUDY:** This study aims to compare health and lifestyle indicators, similarly assessed, in the last two National Health Surveys (NHS) regarding the elderly population.

**METHODS:** We used data collected in the last two NHS, carried out in 1998/1999 and in 2005/2006. The variables compared between the two periods were: self-perception of health, prevalence of some chronic diseases (self-reported), health services use, smoking, alcohol intake and number of daily meals.

**RESULTS:** Along these seven years, we observed an increase in the proportion of elderly who rated their health as good or very good (10.6% vs. 13.8%). A slight decrease in the proportion of elderly who attended  $\geq 3$  medical appointments in the trimester previous to the interview (29.4% vs. 25.2%) and an increase in the proportion of elderly who attended an oral care appointment within the last year (29.7% vs. 34.1%) were noticed. Regarding chronic diseases, we observed increments of 10%, 3% and 4% in the hypertension (HT), diabetes (DM) and obesity prevalence, respectively. Concerning lifestyles, it is important to highlight a decrease of 50% in the smokers' proportion and an increase of 25% in the proportion of elderly who reported eating  $\geq 2$  times between principal meals.

**CONCLUSION:** Along these seven years, it was observed an increase in the prevalence of HT, DM and obesity but, simultaneously, an improvement of the self-perception of health status of the Portuguese elderly population, particularly among those who are  $\geq 85$  years old, a positive aspect to register as a consequence of the implementation of specific measures in this field.

**KEY-WORDS:** ELDERLY PEOPLE, HEALTH STATUS, LIFESTYLES, NATIONAL HEALTH SURVEY

1. CENTRO DE BIOTECNOLOGIA E QUÍMICA FINA, ESCOLA SUPERIOR DE BIOTECNOLOGIA – CENTRO REGIONAL DO PORTO DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

## INTRODUÇÃO

Portugal tem assistido ao progressivo envelhecimento da sua população, como consequência da redução da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida. Segundo os resultados do Censos realizado no nosso país, em 2011, a população com 65 anos ou mais representava 19,1%, contrastando com os 14,9% correspondentes à população com menos de 15 anos.<sup>1</sup> Saliente-se que a proporção de idosos no nosso país era de 17,0% em 2005 e de apenas 8,0% em 1960.<sup>2</sup>

A longevidade é frequentemente acompanhada de morbilidade, originando maior consumo de cuidados de saúde.<sup>3</sup> É, por isso, urgente a procura de novas estratégias de prevenção, tratamento e reabilitação das doenças crónicas, assim como para os cuidados assistenciais. O objetivo final é proporcionar um envelhecimento com a máxima qualidade

de vida possível, com base num sistema sustentável.<sup>4,5</sup> No seu discurso na II Assembleia Mundial das Nações Unidas subordinado ao tema de envelhecimento, o então Secretário-geral afirmou “A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da Humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, ativo e plenamente integrado” (2002).<sup>6</sup>

De acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que coloca o envelhecimento no centro das políticas de promoção da Saúde Pública, e dado que os estilos de vida influenciam grandemente a forma como se envelhece, têm sido formuladas intervenções comunitárias que visam a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente, anos de vida com autonomia e independência. É neste contexto que surge em Portugal, em 2004, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

(PNSPI), emitido pela Direcção Geral de Saúde, que visa a promoção do envelhecimento ativo e saudável, bem como a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa.<sup>7</sup>

Os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) fornecem informação interessante para avaliar o impacto do programa. Os últimos dois inquéritos realizados em Portugal, em 1998/99 e em 2005/06, seguiram metodologias comparáveis e têm a particularidade de um deles ter sido realizado antes e o outro depois do lançamento do PNSPI. O objetivo deste estudo foi comparar indicadores do estado de saúde e estilos de vida, avaliados de igual forma nos dois inquéritos, em idosos, no sentido de compreender quais as principais alterações ocorridas, de modo a delinear melhor futuras intervenções de promoção de saúde.

## MÉTODOS

Este estudo baseou-se em dados recolhidos nos últimos dois INS, realizados em 1998/1999 e em 2005/2006. Até à data, realizaram-se quatro inquéritos desta natureza no nosso país mas, devido à heterogeneidade nos processos de amostragem e colheita de informação, a comparação é inviável. Foi utilizada somente informação referente a Portugal Continental. O INS de 1998/99 incluiu 21.808 unidades de alojamento, distribuídas pelas cinco regiões a nível NUTS II\* em que se encontra dividido o país. Nos alojamentos selecionados foram inquiridos 48.606 indivíduos. Por sua vez, o INS de 2005/06 realizou-se entre fevereiro/2005 e fevereiro/2006, tendo-se entrevistado 41.193 pessoas.<sup>8,9</sup>

Foi possível comparar as seguintes variáveis nos dois períodos: auto-perceção do estado de saúde,

composição corporal avaliada através do índice de massa corporal (IMC), prevalência de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HT) (estes três últimos parâmetros baseados em informação auto-declarada), número de consultas realizadas nos três meses anteriores à entrevista, proporção de idosos que consultaram, no último ano, um estomatologista, dentista, higienista ou outro técnico de saúde oral, frequência de lavagem dos dentes, proporção de fumadores atuais (fumar, pelo menos, 1 cigarro por dia) e de bebedores de bebidas alcoólicas (ter bebido, pelo menos, 1 bebida alcoólica por dia, na semana anterior à entrevista), número de refeições diárias e frequência de ingestão de alimentos fora das refeições.

As variáveis foram analisadas para a faixa etária correspondente aos idosos (idade  $\geq 65$  anos), bem como para três subgrupos etários (65-74 anos, 75-84 anos e  $\geq 85$  anos).

Os resultados apresentados expressam a proporção de indivíduos com determinada característica, relativamente à estimativa do total de idosos, em cada período.

## RESULTADOS

A população estimada, em 1998/99, era de 9.693.475 habitantes e, em 2005/06, 10.062.959 habitantes, tendo-se verificado um ligeiro aumento da proporção de idosos neste intervalo (16,1% vs. 17,3%). Analisando-se a distribuição pelos subgrupos etários estudados, observa-se que a classe que mais contribuiu para este aumento foi a dos 75 aos 84 anos; salienta-se igualmente a manutenção de uma maior proporção de mulheres (o dobro) na classe etária  $\geq 85$  anos (Tabela 1).

\* NOMENCLATURA DE UNIDADES TERRITORIAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS, SENDO QUE A NUTS II DIVIDE O TERRITÓRIO CONTINENTAL EM 5 REGIÕES.

**TABELA 1** DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA E POR SEXO DAS POPULAÇÕES ESTUDADAS

	1998/1999 n (%)	2005/2006 n (%)
<b>POPULAÇÃO ESTIMADA (HOMENS E MULHERES)</b>	9 693 475	10 062 959
IDOSOS ( $\geq 65$ ANOS)	1 558 405 (16,1)	1 737 971 (17,3)
65 – 74 ANOS	926 515 (9,6)	981 454 (9,8)
75 – 84 ANOS	497 392 (5,1)	602 643 (6,0)
$\geq 85$ ANOS	134 498 (1,4)	153 874 (1,5)
<b>POPULAÇÃO ESTIMADA (HOMENS)</b>	4 675 990	4 869 889
IDOSOS ( $\geq 65$ ANOS)	650 892 (13,9)	729 213 (15,0)
65 – 74 ANOS	411 352 (8,8)	440 235 (9,0)
75 – 84 ANOS	197 936 (4,2)	239 294 (4,9)
$\geq 85$ ANOS	41 604 (0,9)	49 684 (1,1)
<b>POPULAÇÃO ESTIMADA (MULHERES)</b>	5 017 486	5 193 070
IDOSOS ( $\geq 65$ ANOS)	907 513 (18,1)	1 008 759 (19,4)
65 – 74 ANOS	515 163 (10,2)	541 219 (10,4)
75 – 84 ANOS	299 456 (6,0)	363 350 (7,0)
$\geq 85$ ANOS	92 894 (1,9)	104 190 (2,0)

Relativamente à auto-perceção do estado de saúde, verificou-se um aumento de 10,6% para 13,8% na proporção de idosos que consideravam que o seu estado de saúde era bom ou muito bom, contrastando com uma diminuição de 46,7% para 41,6% na proporção de idosos que consideravam ter um estado de saúde mau ou muito mau. De salientar que no primeiro INS considerado se observou que, quanto mais velhos eram os indivíduos, pior estado de saúde reportavam, mas que tal não aconteceu no INS mais recente. Nos indivíduos com  $\geq 85$  anos, observou-se uma quase duplicação da proporção de idosos que considerava ter uma saúde boa ou muito boa (7,0% vs. 13,2%), bem como uma diminuição de 11%, em termos absolutos, na proporção de idosos que considerava que a sua saúde era má ou muito má (51,4% vs. 40,4%).

#### CUIDADOS DE SAÚDE E MORBILIDADE

No que concerne à utilização dos cuidados de saúde, assistiu-se a uma ligeira diminuição da proporção de idosos que realizou  $\geq 3$  consultas no trimestre prévio à entrevista (29,4% vs. 25,2%), sendo esta redução constante nos diferentes subgrupos etários. No que respeita a consultas de saúde oral, somente 29,7% dos idosos as tinham realizado no último ano, considerando a avaliação de 1998/1999. Esta proporção aumentou para 34,1% em 2005/2006. Relativamente ao principal comportamento preventivo das doenças dentárias – a lavagem dos dentes, observou-se um ligeiro acréscimo da proporção de idosos que referiu nunca lavar os dentes (19,0% vs. 21,4%), sendo este mais acentuado nos idosos com  $\geq 85$  anos (44,4% vs. 52,7%). No outro extremo,

assistiu-se a um aumento na proporção de idosos que referiu lavar os dentes  $\geq 2$  vezes por dia (32,8% vs. 37,5%), tendência não verificada no subgrupo de idosos mais velhos.

Em termos de doenças crónicas, verificou-se um aumento absoluto de 10% na prevalência de HT e de 3% na de DM, sendo estes aumentos transversais a todos os subgrupos etários (Tabela 2). Relativamente à composição corporal, a prevalência de desnutrição manteve-se, salientando-se, somente, um aumento de 0,6% entre os idosos mais velhos, mas a prevalência de obesidade aumentou 4% (Tabela 2).

#### ESTILOS DE VIDA

Globalmente observou-se uma diminuição de 1% na proporção absoluta de fumadores, diminuição manifestada especialmente entre idosos do sexo masculino. Relativamente ao consumo de álcool constata-se um ligeiro aumento na proporção de consumidores de bebidas alcoólicas, constatação verificada em todos os subgrupos etários e em ambos os sexos, em particular nos homens dos dois subgrupos etários mais velhos. Saliente-se, contudo, que o consumo diário de bebidas alcoólicas era muito mais prevalente entre os homens, do que entre as mulheres (54,1% vs. 17,4% em 1998/99 e 56,8% vs. 19,0% em 2005/06). A maioria dos idosos referiu fazer três refeições por dia, em ambos os períodos, tendo-se observado um acréscimo de cerca de 35% nos idosos que referiam comer  $\geq 2$  vezes fora das refeições principais em todos os subgrupos etários com exceção dos idosos com  $\geq 85$  anos que registaram uma ligeira diminuição neste parâmetro (Tabela 3).

**TABELA 2** PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, DESNUTRIÇÃO E EXCESSO DE PESO

	1998/1999						2005/2006					
	HT (%)	DM (%)	CLASSES DE IMC (%)				HT (%)	DM (%)	CLASSES DE IMC (%)			
			I	II	III	IV			I	II	III	IV
<b>TOTAL</b>												
$\geq 65$ ANOS	40,4	14,0	2,4	39,6	39,8	15,3	51,1	17,1	2,1	36,7	40,3	19,3
65 – 74 ANOS	41,2	14,9	1,6	36,3	42,8	17,3	52,0	17,8	1,0	32,9	43,5	21,7
75 – 84 ANOS	40,9	13,5	2,8	42,7	37,2	13,0	51,5	17,7	2,6	39,7	39,1	16,7
$\geq 85$ ANOS	32,3	9,4	6,6	50,7	28,8	9,6	43,3	10,0	7,2	49,7	25,3	14,4
<b>HOMENS</b>												
$\geq 65$ ANOS	50,1	19,6	1,4	37,6	45,2	13,0	44,7	17,5	1,6	35,0	45,1	17,3
65 – 74 ANOS	49,8	19,2	1,2	34,5	47,7	14,5	46,5	17,9	0,6	32,6	46,3	19,6
75 – 84 ANOS	52,7	21,6	1,2	41,6	42,5	10,5	43,6	17,9	2,4	38,3	45,1	13,3
$\geq 85$ ANOS	40,4	14,1	3,9	49,0	33,9	10,2	33,8	11,8	6,7	40,4	35,1	16,8
<b>MULHERES</b>												
$\geq 65$ ANOS	61,9	18,7	3,1	41,0	35,9	16,8	55,7	16,8	2,5	38,0	36,9	20,8
65 – 74 ANOS	59,3	18,6	1,9	37,7	38,8	19,5	56,5	17,7	1,4	33,1	41,2	23,5
75 – 84 ANOS	68,9	21,4	3,8	43,4	33,7	14,7	56,8	17,6	2,7	40,5	35,1	19,0
$\geq 85$ ANOS	53,7	10,2	7,8	51,4	26,5	9,3	47,9	9,1	7,4	54,1	20,6	13,2

HT – HIPERTENSÃO ARTERIAL; DM – DIABETES MELLITUS; IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL; CLASSE I – BAIXO PESO (IMC < 18,5KG/M<sup>2</sup>); CLASSE II – PESO NORMAL (18,5 ≤ IMC ≤ 24,9KG/M<sup>2</sup>); CLASSE III – EXCESSO DE PESO (25 ≤ IMC ≤ 29,9KG/M<sup>2</sup>); CLASSE IV – OBESIDADE (IMC ≥ 30 KG/M<sup>2</sup>)

**TABELA 3** PREVALÊNCIA DE DIFERENTES ESTILOS DE VIDA

	1998/1999				2005/2006			
	TABACO (%)	ÁLCOOL (%)	INGESTÃO ALIMENTAR		TABACO (%)	ÁLCOOL (%)	INGESTÃO ALIMENTAR	
			3 ref (%)	≥2 fora das ref (%)			3 ref (%)	≥2 fora das ref (%)
<b>TOTAL</b>								
≥65 ANOS	5,3	32,8	90,4	15,0	4,4	34,9	92,7	20,2
65 – 74 ANOS	6,8	35,8	90,7	14,8	6,2	37,7	93,3	21,1
75 – 84 ANOS	3,4	29,7	89,9	14,9	2,7	32,3	93,3	20,0
≥85 ANOS	1,6	23,0	89,5	17,0	n.d.	26,4	86,6	15,8
<b>HOMENS</b>								
≥65 ANOS	11,6	54,2	91,3	12,5	9,5	56,8	94,4	17,5
65 – 74 ANOS	14,4	57,9	91,0	12,1	12,1	58,6	94,7	17,8
75 – 84 ANOS	7,4	48,8	92,0	12,2	6,5	55,5	93,3	17,8
≥85 ANOS	4,9	42,7	89,7	18,8	n.d.	47,4	97,4	13,7
<b>MULHERES</b>								
≥65 ANOS	0,7	17,4	89,7	16,8	0,8	19,0	91,5	22,2
65 – 74 ANOS	0,9	18,2	90,5	17,0	1,3	20,8	92,2	23,7
75 – 84 ANOS	0,7	17,0	88,5	16,7	0,2	17,0	93,2	21,4
≥85 ANOS	n.d.	14,2	89,3	16,2	n.d.	16,3	81,4	16,8

REF – REFEIÇÕES; N.D. – NÃO DISPONÍVEL

## DISCUSSÃO

Apesar de a comparação ter sido realizada num período de apenas sete anos, constataram-se diferenças relevantes, em termos de morbilidade e estilos de vida, na população idosa portuguesa.

Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos, assiste a um crescente aumento da esperança de vida, que muito tem beneficiado do desenvolvimento tecnológico e científico na medicina, bem como de novos modelos de prestação dos cuidados assistenciais, resultando de uma maior consciencialização da população e procura desses cuidados (10,11). No PNSPI pode ler-se “Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países”<sup>7</sup>.

Ao longo destes sete anos, observou-se uma melhoria na auto-perceção do estado de saúde, em especial nos idosos mais velhos. No entanto, cerca de 40% dos idosos continua a considerar a sua saúde como má ou muito má, o que indicia que ainda muito haverá a fazer para melhorar a qualidade de vida dos idosos portugueses. Provavelmente, a solução passará por iniciativas eficazes de promoção de saúde que evitem ou retardem o aparecimento de doenças crónicas,<sup>3</sup> bem como garantam um adequado acompanhamento dos idosos que já possuem algumas patologias, evitando o seu agravamento e o aparecimento de patologias associadas.

Paralelamente assistiu-se a uma diminuição da proporção de idosos que realizaram ≥3 consultas

no trimestre prévio à entrevista. Um dos fatores que pode ter contribuído para este decréscimo é a alteração do processo de renovação da medicação crónica, que não implica atualmente a realização de uma consulta, sendo o pedido gerido pelo secretariado da unidade de cuidados de saúde.<sup>11</sup>

As doenças orais, apesar de muito prevalentes em Portugal,<sup>12</sup> continuam a ser uma das fragilidades do Sistema Nacional de Saúde, que não consegue fornecer uma resposta satisfatória às necessidades. A versão inicial do Programa Nacional de Saúde Oral era completamente orientada para a prevenção e tratamento dos problemas orais na infância e adolescência.<sup>13</sup> Cientes da prevalência destas doenças entre os idosos e da impossibilidade de muitos recorrerem a serviços privados de medicina dentária, em 2008, o programa foi atualizado, contemplando a emissão de cheques-dentista para os idosos mais carenciados.<sup>14</sup> No entanto, esse período temporal extravasa o período agora estudado, sendo previsível que num próximo INS o panorama da saúde oral entre idosos tenha melhorado. Todavia, apesar de constituir um aumento modesto, o facto de haver um maior número de idosos a recorrer à consulta com profissionais de saúde oral pode indiciar uma maior consciencialização para esta necessidade. Relativamente à lavagem dos dentes, é expectável que o cenário melhore ao longo do tempo, uma vez que as camadas mais jovens da população têm sido sensibilizadas para a importância desta medida de higiene.

Em 2005/06, mais de 50% dos idosos referiam ser hipertensos, situação grave se se considerar todos os desfechos associados à HT.<sup>15</sup> Observando a ten-

dência desde 1998/99, verifica-se que, em apenas 7 anos, ocorreu um aumento de 10% na prevalência da doença. Naturalmente que sendo dados auto-declarados, este cenário pode não corresponder a um aumento real do número de casos, mas também a um maior conhecimento de que se tem a patologia. Este é um aspeto positivo, uma vez que a doença sendo conhecida, pode ser controlada, não deixando de ser preocupante a sua prevalência. O aspeto do controlo da HT entre os idosos constitui também um desafio. Segundo Espiga de Macedo *et al.*,<sup>15</sup> estima-se que, em 58% de idosos portugueses com hipertensão arterial e idade superior a 64 anos submetidos a terapêutica anti-hipertensiva, apenas 20,8% apresentem valores tensionais controlados, pelo que a prevalência de hipertensos controlados entre os tratados é extremamente reduzida.

Quanto à DM, também se observou um aumento importante da sua prevalência, embora menos expressivo do que o observado na HT. Ocorreu um aumento da prevalência de obesidade, que é um dos fatores de risco para ambas as patologias anteriormente referidas, além de comprometer seriamente a qualidade de vida das pessoas. A obesidade revela ser, de facto, um problema entre os idosos portugueses, uma vez que a sua prevalência é cerca de 5% superior à prevalência encontrada na população adulta,<sup>16</sup> sendo ainda expectável uma subestimação desta prevalência pelo facto de se basear em informações auto-declaradas. No entanto, parece ser um problema mais frequente entre os idosos mais jovens. O IMC nem sempre é uma medida fidedigna de gordura corporal, particularmente nos casos em que existe perda acentuada de massa muscular. Por essa razão, autores como Lipschitz<sup>17</sup> propõem pontos de corte para IMC entre idosos distintos dos sugeridos pela OMS. Na presente análise apenas tínhamos disponível a categorização do IMC segundo a classificação da OMS. Urge, portanto, a necessidade de se promoverem estilos de vida mais ativos e a prática de uma alimentação saudável, que certamente contribuirão para a prevenção de várias doenças, nomeadamente, as cardiovasculares.<sup>3,18</sup>

A definição de refeição é algo complexo e mesmo a ingestão “fora das refeições” pode ser uma refeição. Esta ambiguidade na forma como a pergunta é formulada coloca reservas na avaliação da evolução do comportamento. Os dados apontam para um aumento do número de refeições diárias. Mais de 90% da população menciona fazer três refeições diárias, mas apenas 20% realiza refeições intermédias, o que poderá significar que grande parte dos idosos mantém longos períodos de jejum.

No que se refere às bebidas alcoólicas, verificou-se que cerca de um terço dos idosos as ingeriam diariamente, aumentando ligeiramente no período estudado. Não foi, contudo, possível discriminar qual o tipo de bebida alcoólica ingerida. No entanto, o consumo de bebidas alcoólicas de forma moderada e integrado numa alimentação saudável não apresenta qualquer inconveniente, desde que não haja contra-indicação.<sup>19,20</sup>

A natureza da informação utilizada é uma limitação deste estudo. Apesar das vantagens inquestionáveis dos INS quanto ao número de pessoas estudadas e ao manancial de informações disponível, colocam-se alguns problemas, nomeadamente, a formulação das perguntas e o nível de desagregação da informação. Relativamente à recolha de informação relativa a morbilidade ou antropometria, o facto de serem utilizados dados auto-reportados constitui, também, uma limitação.<sup>21</sup> É ainda permitido que não seja o próprio a responder a algumas questões, o que pode criar alguma heterogeneidade na qualidade da informação. Finalmente, este estudo retrata somente os idosos não institucionalizados.

Esta análise permitiu aferir que a auto-perceção do estado de saúde dos idosos portugueses melhorou ao longo do período estudado. Mostrou que o subgrupo etário mais propício a flutuações foi o dos idosos com  $\geq 85$  anos, possivelmente explicadas pela maior vulnerabilidade económica, social e fisiológica.<sup>22</sup> Não obstante, a prevalência das doenças crónicas avaliadas, HT, DM e obesidade, também aumentou no período estudado.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Censos 2011 – Resultados Provisórios, 2011.
2. Carrilho M, Gonçalves C. Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. *Revista de estudos demográficos* 2006;40:21-38.
3. Mendes-Ribeiro J. Saúde – a liberdade de escolher. Gradiva; 1ª edição, 2009.
4. Oliveira C, Rosa M, Pinto A, Botelho A, Morais A, Veríssimo M. Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa. Gabinete Editorial de Relações Públicas e Imagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2008.
5. Torres M, Marques E. Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. Estudo de caso em Viana do Castelo. VI Congresso Português de Sociologia 2008;pp:1-6.
6. Active ageing: a policy framework. World Health Organization 2002. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
7. Direcção-Geral da Saúde (2004) Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa nº13/ DGCG.
8. Graça L. A autopercepção do estado de saúde da população trabalhadora 2002. Disponível em: [www.ensp.unl.pt/lgraca/textos150.html#1](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos150.html#1). Consultado em 15/02/2012.
9. Instituto Nacional de Estatística, I.P., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 2009;pp:21-7.
10. Cerri A. Qualidade de vida na velhice frente ao avanço tecnológico. In: Vilarta R, Gutierrez G, Carvalho T, Gonçalves A (organizadores). Campinas: IPES Editorial 2007;cap.10;pp:207-13.
11. Declaração para uma vida melhor. Direcção-Geral da Saúde, 2010.

12. Côte-Real I, Figueiral MH, Reis Campos, J. As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* 2011;52:175-80.
  13. Direcção-Geral da Saúde (2005) Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa nº 01/DSE.
  14. Diário da República nº 35. Despacho n.º 4324/2008, de 19/02/2008.
  15. De Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcântara P, Ramalinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal. The PAP study. *Rev Port Cardiol* 2007;26(1):21-39.
  16. Do Carmo I, dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev* 2008;9(1):11-9.
  17. Lipschitz D. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994;21(1):55-67.
  18. Correia M, Silva M, Matos I, Magalhães R, Lopes J, Ferro J, Silva M. Prospective community-based study of stroke in Northern Portugal: incidence and case fatality in rural and urban populations. *Stroke* 2004;35(9):2048-53.
  19. Flood KL, Carr DB. Nutrition in the elderly. *Curr Opin Gastroenterol* 2004;20(2):125-9.
  20. Giehl M, Bosco S, Laflor M. Eficácia dos flavonóides da uva, vinho tinto e suco de uva tinto na prevenção e no tratamento secundário da aterosclerose. *Scientia Medica* 2007;13(3):145-55.
  21. Ramos E, Lopes C, Oliveira A, Barros H. Unawareness of weight and height - the effect on self-reported prevalence of overweight in a population-based study. *J Nutr Health Aging* 2009;13(4):310-4.
  22. Lata H, Walia L. Ageing: physiological aspects. *JK Science* 2007;9(3):111-5.
- 

**CORRESPONDÊNCIA:**

CATARINA BARROS  
RUA CONDE VILA FLOR, 217  
4455-576 PERAFITA

**EMAIL:**

CATARINA\_B13@HOTMAIL.COM