

JOSÉ EDUARDO MARCHEZIM DE OLIVEIRA DIAS

BEM-ESTAR E DOENÇA CRÓNICA:

**Estudo observacional e transversal sobre estilo de vida e
envelhecimento**

Orientador: Professor Doutor João Pedro Gregório

**Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

Lisboa

2023

JOSÉ EDUARDO MARCHEZIM DE OLIVEIRA DIAS

BEM-ESTAR E DOENÇA CRÓNICA:
Estudo observacional e transversal sobre estilo de vida e
envelhecimento

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas no Curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, conferido pela Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa, no dia 2 de Junho de 2023, perante o júri, com o Despacho de Nomeação nº 250/2023, de 28 de abril de 2023, com a seguinte composição:

Presidente: Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues

Arguente: Prof^a Doutora Maria Lídia Palma

Orientador: Prof. Doutor João Pedro Gregório

Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2023

Agradecimentos

O percurso que com a entrega desta dissertação, termino, tem a contribuição e apoio de algumas pessoas, a quem gostaria de deixar o meu apreço e agradecimento.

Ao meu orientador, Professor Doutor João Pedro Gregório, por toda a disponibilidade, todo o conhecimento passado, dedicação e paciência.

Ao corpo docente integrante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, pelas oportunidades e desafios de aprendizagem. À direção do Spacio Shopping e da Farmácia Fernandes Borges por facilitarem a realização do estudo com todas as condições.

À minha avó Joaquina, que não me verá fisicamente concretizar um objectivo que partilhámos em conjunto por muito tempo, a pessoa que me ensinou que a luta, por nós próprios, vale a pena. É e será sempre uma inspiração e é por si que termino esta etapa.

À minha mãe que me ensinou que com amor tudo é mais fácil, obrigado.

À minha tia Cristina que com tanta coragem e resiliência me apoiou em todos os momentos desta dura caminhada, sempre a torcer por mim, sem ti não seria possível.

Ao meu pai João Alexandre que sempre me apoiou tentando em todas as alturas, as mais duras e mais calmas fazer o que achou ser o melhor para mim, obrigado.

Ao meu irmão e melhor amigo João Guilherme, pois todos os finais de etapas e inícios de novas, sem ti, não faziam o menor sentido, obrigado por tudo.

Aos meus avós Cema e Mário que desde o Brasil, não estando presentes, me apoiam com todo o carinho sempre.

Aos meus tios Daisy e Quim por toda a amizade e ao meu primo Léo por toda a partilha.

À minha namorada, amiga e companheira de todas as lutas, Maria, sem o teu compromisso, sem a tua garra e dedicação por devorar todas as etapas e procurar o melhor, seria mesmo muito difícil, obrigado.

Aos meus amigos e companheiros de curso Alexandre, Gonçalo e João por todos os dias fazerem de mim, melhor, sem vocês era impossível.

Um agradecimento especial a todos aqueles que não menciono, mas que a vossa amizade foi fundamental na minha vida e na minha formação.

Resumo

Em Portugal e no mundo, o envelhecimento demográfico é uma realidade e espera-se que continue a aumentar, em conjunto com vários outros dados estatísticos que demonstram o envelhecimento da população, em geral. Estima-se que o número de pessoas com 60 ou mais anos de idade, globalmente, seja superior a 962 milhões de pessoas, sendo uma quantidade significativa da população global mundial.

O envelhecimento inevitavelmente está associado a lidar com uma ou mais doença crónica, perda de capacidade funcional e muitas vezes dependência. Sendo estas características preponderantemente influenciadas por variações genéticas, pelo estilo de vida adotado individualmente e o meio que cada pessoa se enquadra.

Nesse sentido, tem sido visto como um objetivo a procura de um envelhecimento saudável, com a procura de proactivamente ter impacto no bem-estar ao longo do envelhecimento, havendo uma adaptação ao envelhecimento de uma forma que cada um sinta aceitável.

Vários são os determinantes que influenciam o envelhecimento saudável, como a atividade física, a saúde mental, a atividade cognitiva, a boa nutrição e o compromisso social, que são exemplos de determinantes sociais de saúde, cada vez mais levados em conta de modo a potenciar um melhor estilo de vida.

O bem-estar é uma experiência subjetiva, o mais importante para uma pessoa pode ser diferente para outra. Normalmente, o bem-estar pode ser medido através da utilização de inquéritos de auto-reporte ou avaliações padronizadas. Estas ferramentas podem ser utilizadas para acompanhar as mudanças no bem-estar ao longo do tempo.

Com o objetivo de identificar diferenças referentes ao bem-estar entre populações com diferentes prevalências de doenças crónicas, foi realizado um estudo observacional transversal, com recurso a um questionário que mede o bem-estar subjetivo de uma população, realizado num Centro Comercial em Olivais (Lisboa), visando comparar o nível de bem-estar da população que frequenta o Shopping e da população que frequenta a Farmácia Fernandes Borges (inserida no mesmo Centro Comercial).

Palavras-Chave: Bem-estar; Comorbidade; Envelhecimento Saudável; Estilo de Vida; Determinantes Sociais de Saúde

Abstract

In Portugal and around the world, demographic aging is a reality and is expected to continue to increase, together with various other statistical data that demonstrate the aging of the population in general. It is estimated that the number of people aged 60 and over globally exceeds 962 million people, a significant amount of the world's global population.

Aging is inevitably associated with dealing with one or more chronic illnesses, loss of functional capacity and often dependence. These characteristics are preponderantly influenced by genetic variations, by the lifestyle adopted individually and the environment in which each person lives.

In this sense, the search for healthy aging has been seen as a goal, to proactively impact on well-being throughout aging, adapting to aging in a way that everyone feels acceptable.

There are several determinants that influence healthy aging, some, such as physical activity, mental health, cognitive activity, good nutrition and social commitment, which are examples of social determinants of health, are increasingly taken into account in order to promote a better lifestyle.

Well-being is a subjective experience, what is most important for one person may be different for another. Typically, well-being can be measured using self-report surveys or standardized questionnaires. These tools can be used to track changes in well-being over time.

Within the scope of this study, an observational cross-sectional study was carried out, based on a questionnaire, aiming to measure the subjective well-being of a population of a Shopping Center in Olivais (Lisbon), and comparing the level of well-being of the population that attends the Shopping and the population that frequents Farmácia Fernandes Borges (which is located in the same Shopping Centre), with the aim of identifying differences in terms of well-being between populations with different prevalence of chronic diseases.

Keywords: Well-being; Comorbidity; Healthy Aging; Lifestyle, Social Determinants of Health

Lista de Abreviaturas

CR- Reserva cognitiva

DSS- Determinantes Sociais de Saúde

GALLUP (Gallup National Health and Well-Being Index)

INE- Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

WHOQOL – Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

ÍNDICE.....	7
1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 O peso do envelhecimento no mundo contemporâneo.....	13
1.3 Envelhecimento ativo e envelhecimento saudável – evidência de estratégias bem-sucedidas.....	18
1.4 Envelhecimento saudável, bem-estar e estilos de vida.....	22
1.5 Objetivos e questão de investigação.....	25
2. METODOLOGIA.....	26
2.1 Estratégia de amostragem.....	28
2.2 Procedimento de análise.....	29
3. RESULTADOS.....	30
4. DISCUSSÃO.....	37
5. CONCLUSÃO	40
6. BIBLIOGRAFIA.....	41
ANEXOS.....	43

Índice de Figuras

Figura 1 - Número crescente de estudos sobre determinantes sociais da saúde nos Estados Unidos e na Europa. Adaptado de: (Braveman et al., 2011)	12
Figura 2 - Caminhos que ligam a educação à saúde; Adaptado de: (Braveman et al., 2011)	15
Figura 3 - Determinantes que influenciam a saúde; Adaptado de: (Braveman et al., 2011)	16
Figura 4 - Determinantes sociais de saúde Adaptado de: (Wu & Sheng, 2019)	17
Figura 5 - Vantagens sociais e vantagens na saúde são transmitidas ao longo da vida e das gerações Adaptado de: (Braveman et al., 2011).....	19
Figura 6 – Domínios com importância no envelhecimento saudável Adaptado de:(Suzman et al., 2015).....	21
Figura 7 – Diferentes abordagens conceituais ao envelhecimento saudável Adaptado de: (Aronson, 2020).....	23
Figura 8 - Domínios relacionados ao questionário "FANTASTICO" adaptado de: (Wilson & Ciliska, 1984)	27

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Envelhecimento demográfico em Portugal, refletido nos vários indicadores demográficos. Adaptado de: (Instituto Nacional de Estatística, 2022)	13
Tabela 2 - Níveis de bem-estar do questionário FANTASTICO Adaptado de: (Wilson & Ciliska, 1984)	29
Tabela 3 – Caracterização dos participantes no estudo.	31
Tabela 4 - Prevalência auto reportada de doenças crônicas	32
Tabela 5 - Atividades de autogestão da saúde por tipo de participante.....	33
Tabela 6 - Prática de atividades.....	34
Tabela 7 - Frequência de acompanhamento com médico assistente	35
Tabela 8 - Proporção de participantes por nível de bem-estar e tipo de participante....	36
Tabela 9 - Modelo de regressão para associação das variáveis independentes com a categoria do questionário FANSTASTIC = “Nível suficiente, baixo ou muito baixo ”.....	36

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Nível de escolaridade da amostra.....	30
Gráfico 2 - Doenças crônicas afetas à amostra.....	32
Gráfico 3 - Com quem se aconselha a amostra sobre atividades de promoção de saúde	33
Gráfico 4 - Sente que o/a farmacêutico/a e farmácia tem um papel importante na passagem de informação sobre estas práticas?	34
Gráfico 5 - Frequência de consulta com o médico de família/ assistente.....	34

1. INTRODUÇÃO

A velhice tornou-se sinónimo de multi-morbilidades, declínio funcional e dependência, tornando o cuidado dos indivíduos mais velhos, mais doentes e mais frágeis, uma prioridade (Aronson, 2020).

Da perspectiva biológica, o envelhecimento está associado à acumulação gradual de variações moleculares e danificação celular (Gu et al., 2019). Este processo é causado por reações químicas que surgem com o curso normal metabólico que, em conjunto, produzem mudanças ao longo do tempo e aumentam exponencialmente a probabilidade de morte com o avançar da idade, mesmo sobre condições ótimas de vida

Todas as características associadas ao envelhecimento são fortemente influenciadas pelo meio envolvente e pelos fatores comportamentais adotados por cada indivíduo. Associado a variações genéticas e modificações epigenéticas, podendo estes fatores ambientais e comportamentais, largamente, explicar diversidades nos índices de envelhecimento (Gu et al., 2019). O envelhecimento populacional trouxe também outras necessidades, refletindo-se no aparecimento da especialidade médica de geriatria, especialidade de elevada complexidade, “responsável pelos aspetos clínicos do envelhecimento e pelos cuidados de saúde necessários a pessoas idosas” (Pereira et al., 2009).

Para conseguir entender o que influencia o envelhecimento saudável, identificam-se necessidades não associadas a tratamentos médicos, através do estudo dos determinantes sociais de saúde (DSS), tendo estes uma influência importante no resultado do estado de saúde de cada indivíduo (Wu & Sheng, 2019). O termo Determinante Social de Saúde é frequentemente utilizado para se referir aos fatores não medicamentosos que influenciam a saúde, incluindo crenças, atitudes ou comportamentos relacionados com a saúde e bem-estar (Braveman et al., 2011). O impacto da privação de condições de habitação, alimentação, vestuário e saneamento sobre a saúde de uma população, é reconhecido há séculos. Um dos determinantes mais importantes é a associação entre a pobreza e capacidade financeira dos indivíduos, com os indicadores da sua saúde individual (Rodriguez-Laso et al., 2018). Nos últimos 15-20 anos assistiu-se ao crescimento exponencial de literatura e estudos sobre este tema (figura 1) (Braveman et al., 2011). Em todo o mundo os conceitos que suportam os ‘DSS’ têm-se tornado alvos importantes de investigação e do desenho de políticas de saúde (Braveman et al., 2011).

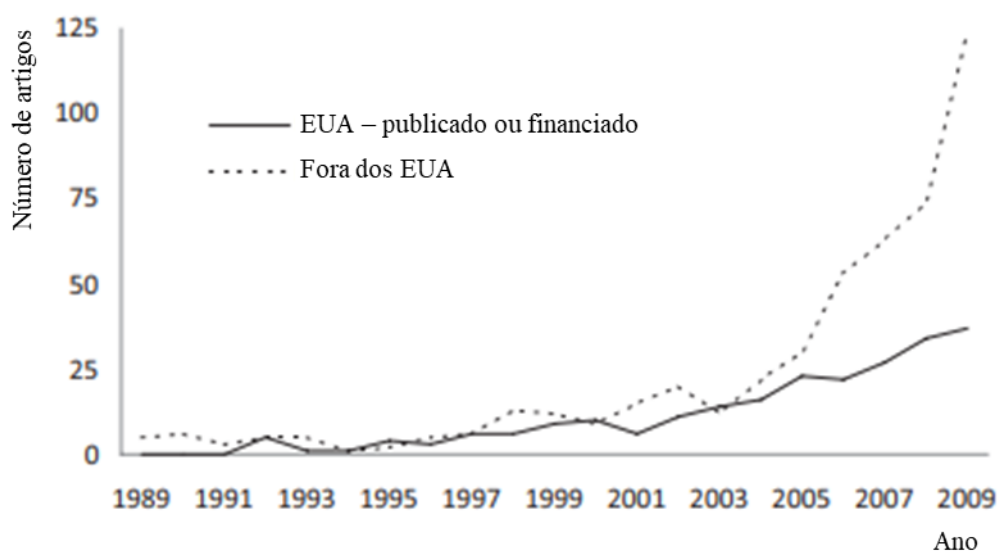


Figura 1 - Número crescente de estudos sobre determinantes sociais da saúde nos Estados Unidos e na Europa. Adaptado de: (Braveman et al., 2011)

Têm sido apontadas diversas formas para um envelhecimento saudável, a maioria relacionadas com estes determinantes sociais de saúde. Tradicionalmente, considera-se a não existência de doença ou incapacidades físicas ou cognitivas uma dessas formas. Também o bem-estar em idades mais avançadas, a socialização e a satisfação em relação à vida, a importância de uma saúde positiva, não contando apenas evitar ter uma doença crônica, também têm demonstrado impacto no processo de envelhecimento (Aronson, 2020).

Pelo interesse que o estado de bem-estar tem para a saúde de um indivíduo, é importante desenvolver estudos que permitam identificar os principais determinantes associados com o bem-estar. Com esse objetivo em mente, desenvolveu-se o trabalho aqui apresentado. Esta dissertação divide-se em 4 partes principais. Na primeira parte, faz-se o enquadramento da importância do tema do bem estar para um envelhecimento saudável. Na segunda parte apresenta-se a metodologia seguida, após o que se apresentam os resultados na terceira parte. Por fim, a última parte faz uma discussão destes resultados acabando com uma conclusão e considerações para estudos futuros.

1.1 O peso do envelhecimento no mundo contemporâneo

É estimado que o número de pessoas com 60 ou mais anos de idade, no mundo inteiro, seja superior a 962 milhões, constituindo 13% da população global mundial. Também pelo declínio da fertilidade e aumento da longevidade, o número de pessoas com 60 ou mais anos aumenta mais do que o número de pessoas com idades inferiores, prevendo-se para 2050 que número de pessoas com mais de 60 anos de idade se duplique (Gu et al., 2019).

Também a esperança de vida aumentou bastante durante o último século. Podendo dever-se a diversos fatores, como melhor saneamento básico, melhores condições de vida e de trabalho, transportes mais seguros, antibióticos, menores taxas de tabagismo ou prevenção e tratamento de cancro e doenças cardiovasculares (Friedman et al., 2019).

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2022, em concordância com os dados e expectativas futuras nos países desenvolvidos no mundo, o envelhecimento demográfico (“aumento da proporção das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade ativa”) (Instituto Nacional de Estatística, 2022) tem vindo a aumentar, acompanhado de outros dados estatísticos que demonstram na maior parte dos casos o envelhecimento da população, a menor natalidade, maior esperança média de vida e uma taxa de pobreza maior associada a agregados familiares com pessoas idosas (tabela 1).

Tabela 1 - Envelhecimento demográfico em Portugal, refletido nos vários indicadores demográficos.
Adaptado de: (Instituto Nacional de Estatística, 2022)

Indicadores Demográficos	2021	2011
<i>Índice de envelhecimento (idosos por 100 jovens)</i>	182	128
<i>Índice de rejuvenescimento da população ativa (população 20 a 29 anos por 100 pessoas com 55 a 64 anos)</i>	76	94
<i>Índice de sustentabilidade potencial (população 15 a 64 anos por 100 pessoas com 65 ou mais anos)</i>	272	347

Na Tabela 1, estão dados referentes ao agravar da sustentabilidade e rejuvenescimento da população ativa em Portugal, entre 2011 e 2021. O baixo índice de rejuvenescimento da população ativa e o aumento do índice de envelhecimento, não têm permitido a reposição da população em idade ativa (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Também há diferenças nas considerações em relação ao próprio estado de saúde em Portugal. Em 2002, o INE destacava que mulheres tendem a considerar ter um estado de saúde mais incerto do que os homens. Entre os dois sexos, as categorias de mau e razoável estado de saúde, acumulam maiores percentagens, porém, apenas 14,5% dos homens afirma ter um estado de saúde bom, enquanto apenas 6,5% das mulheres afirma o mesmo (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Nos CENSOS de 2021 em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2022), conclui-se que clínica geral ou medicina geral e familiar, é a especialidade médica com maior procura pela população, e os registos relativos a condições de vida, registam sistematicamente piores valores relativos a agregados familiares com idosos, comparando com a população total e, especialmente, com agregados sem idosos. Os agregados em que os idosos vivem sozinhos, registam as maiores taxas de pobreza. Verifica-se também que as condições de alojamento e a posse de bens de equipamento e conforto são baixas (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

O envelhecimento demográfico em Portugal tem se acentuado. A idade média da população em 2021 é de 45,4 anos, um aumento de 3,1 anos face a 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Já em 2020, a esperança de vida à nascença geral da população foi estimada em aproximadamente 81 anos (78 anos para os homens e 84 anos para as mulheres) (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Estes indicadores refletem o aumento da população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal. O número de pessoas idosas pode atingir o valor de 3,6 milhões de pessoas, passando posteriormente a decrescer, devido a gerações já de menores dimensões, acompanhando o baixo nível de fecundidade de substituição das gerações (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

A alfabetização é um dos fenómenos que permite que pessoas com maior formação tomem decisões mais informadas sobre saúde, não excluindo a gestão de cuidados médicos para os próprios ou familiares (Yaojing et al., 2019). A escolaridade mais avançada tem sido associada a adoção precoce de recomendações e comportamentos de promoção da saúde (figura 2) (Jebb et al., 2020).

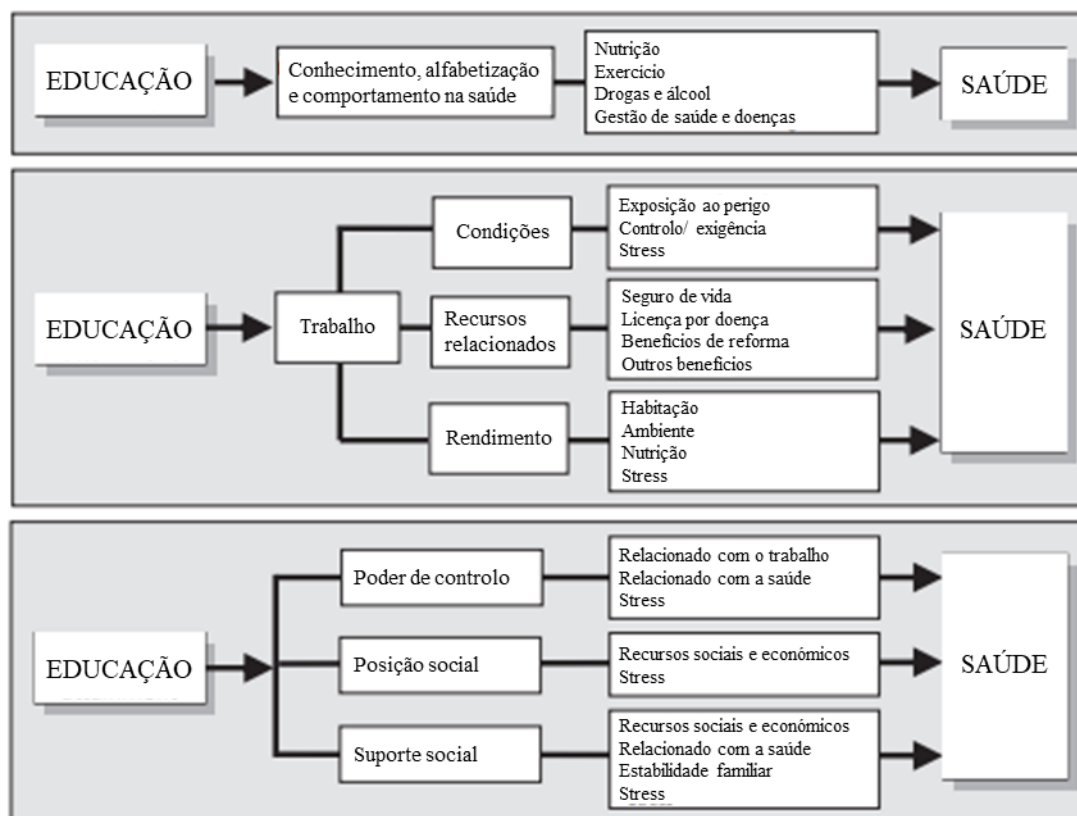


Figura 2 - Caminhos que ligam a educação à saúde; Adaptado de: (Braveman et al., 2011)

Nos últimos anos, o nível de escolaridade em Portugal aumentou de forma significativa, sobretudo as pessoas com ensino superior, ensino secundário e pós-secundário. Os CENSOS 2021, em Portugal, revela que o número de pessoas com ensino superior representa 19,8% da população com 15 ou mais anos, tendo o aumento sido de 5,9% comparando com os mesmos valores representativos do ano 2011. A população com ensino secundário e pós-secundário aumentou de 16,7% para 24,7% (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

Devido à inevitabilidade demográfica, as doenças associadas a pessoas com mais idade, serão o próximo grande desafio de saúde pública a nível mundial. Este elevado número de pessoas com maior idade e mais doenças têm efeitos significativos em orçamentos e sistemas de saúde, sociedades e instituições governamentais (Gu et al., 2019). Muitos investigadores e líderes de Saúde Pública cada vez mais reconhecem que os problemas de saúde que enfrentamos não podem apenas ser tratados com cuidados médicos (Braveman et al., 2011).

Dentro de todos os estudos já existentes, não podemos afirmar que há um único fator que possa explicar o processo de envelhecimento (Gu et al., 2019). Alguns circuitos fisiológicos

ou fatores associados à circulação, estão também provados, como reguladores ou participantes neste complexo processo do envelhecimento (Gu et al., 2019). No entanto, a acumulação gradual de variações moleculares parece ser o fator principal para o aumento da prevalência de doenças crónicas, tais como, demência, problemas cardiovasculares, ataques-cardíacos, disfunções respiratórias crónicas e cancro (Suzman et al., 2015). Esta visão demonstra a complexidade associada às múltiplas facetas de uma saúde boa na velhice, relacionada com a adaptação e a independência do dia-a-dia (Seah et al., 2019).



Figura 3 - Determinantes que influenciam a saúde; Adaptado de: (Braveman et al., 2011)

Muitos são os determinantes já identificados como potencial influência na saúde de cada pessoa (figura 3). Aquando da chegada à idade sénior, a atividade física tende a diminuir a regularidade, o que pode não ser benéfico para a manutenção da qualidade de vida, tornando mais relevante a parte social do seu dia-a-dia. Em Portugal, porém, a participação da população idosa em atividades socioculturais, festas populares, ou frequentar museus ou exposições, é baixa. Algumas outras formas de convívio, como estar com amigos ou familiares, registam valores superiores (cerca de 30% dos idosos convive com familiares ou pessoas amigas frequentemente) (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Além deste DSS, outros fatores parecem também influenciar o envelhecimento. A figura 4 apresenta mais alguns com influência no processo de envelhecimento. A influência dos mesmos varia, por exemplo, o bairro/vizinhança onde se insere, pode ter influência na saúde individual e populacional, consequentes da qualidade do ar e água presentes, ou, proximidade de instalações de armazenamento ou produção de substâncias com risco para a saúde, como

tinta, chumbo, poeiras, acesso a alimentos de qualidade nutricional e locais livres de risco de acidentes com pedestres ou zonas para fazer exercício-físico(Braveman et al., 2011). Para os idosos, a percepção de saúde parte da independência nas suas atividades do dia-a-dia, livres de doenças ou doentes com capacidade de controlar os seus sintomas, tendo uma atitude positiva em relação ao seu envelhecimento, e a manutenção de uma ligação à comunidade, ao meio em que estão inseridos e a mais pessoas (Seah et al., 2019).

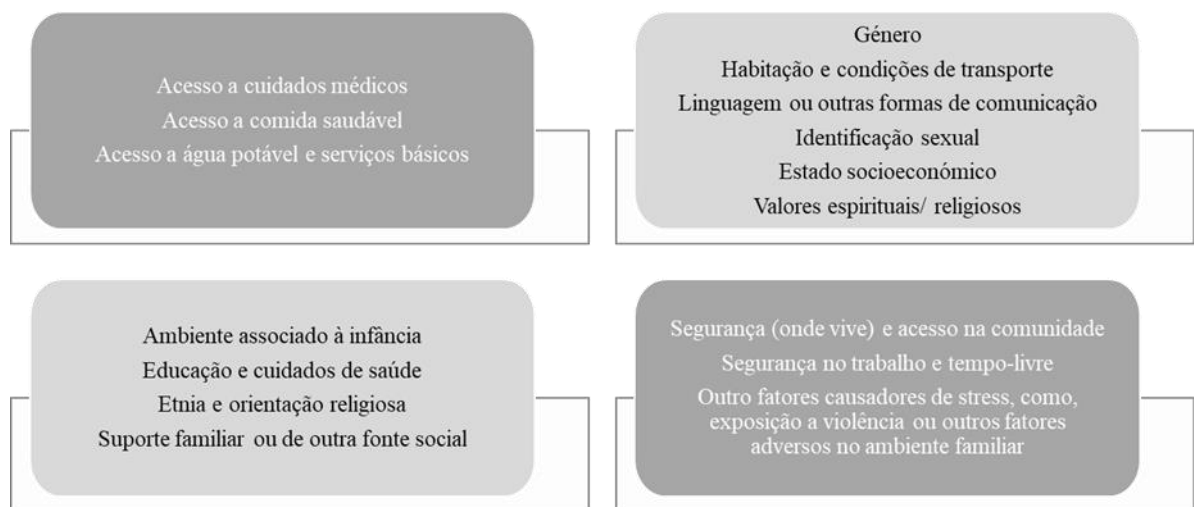


Figura 4 - Determinantes sociais de saúde Adaptado de: (Wu & Sheng, 2019)

1.3 Envelhecimento ativo e envelhecimento saudável – evidência de estratégias bem-sucedidas

No século XXI, pessoas de todas as idades, incluindo adultos mais velhos, costumam sentir-se e parecer saudáveis, mesmo tendo uma ou mais doenças/condições crônicas (Aronson, 2020). As características associadas ao envelhecimento são fortemente influenciadas pelos fatores comportamentais adotados por cada indivíduo (Gu et al., 2019)

O conceito de envelhecimento saudável ou envelhecimento bem-sucedido foi discutido pela primeira vez por Robert J. Havighurst em 1961 (Zhang & Zhao, 2021). O envelhecimento saudável tem sido visto como um objetivo, um estado fisiológico, uma abordagem psicológica, uma ferramenta de marketing e um limite científico. Para alguns, este termo é altamente contraditório. Pois a palavra ‘saudável’ por norma implica a função otimizada e não estar a cargo de uma doença, enquanto que o ‘envelhecimento’ está associado a doença e perda de vitalidade e de habilidades. Em geriatria a expressão ‘envelhecimento saudável’ significa oportunidades de proactivamente e positivamente ter impacto no bem-estar ao longo do envelhecimento (Aronson, 2020).

A definição de envelhecimento saudável para um adulto mais velho não é apenas um resultado ou a ausência de diferenças em relação às gerações mais jovens. Em vez disso, significa, para eles, terem-se adaptado ao envelhecimento de maneira que sintam aceitável, incluindo os domínios pessoais, familiares e espirituais (Aronson, 2020).

As pessoas que praticam hobbies com algum componente cognitivo (por exemplo, ler livros e jornais, fazer cursos online, etc.) e que tivessem uma atitude ativa em relação à busca de informação, parecem estar mais expostos a oportunidades de encontrar informação sobre a saúde, de várias fontes, sendo mais proativos nessa obtenção (Choi, 2019).

Outra das determinantes consideradas pelos investigadores, como uma medida não farmacológica reconhecida ao envelhecimento saudável é a educação, tanto o meio envolvente durante a vida, como também a escolaridade e habilidades captadas. No estudo (Yaojing et al., 2019) propõe a hipótese de “reserva” cognitiva (CR), que sugere a capacidade de uma maior tolerância no processo de envelhecimento e doenças relacionadas ao envelhecimento, comportamento cognitivo e lesões cerebrais a indivíduos que tenham maior reserva cognitiva. Esta reserva refere-se à experiência que ao longo da vida, produz, algum estímulo cognitivo.

A teoria CR, investigada por (Yaojing et al., 2019) considera que principalmente a forma específica de educação, oferece esta capacidade a mais, capacidade cognitiva, que pode compensar o declínio na velhice; Referindo-se a um maior número de experiências de estimulação mental, mantendo uma função cognitiva melhor aquando de uma patologia cerebral.

A educação é também um indicador de estilo de vida(Wu & Sheng, 2019). No início da vida a educação pode cultivar conhecimento, capacidades, até as habilidades necessárias para na idade adulta manter participação e interesse em determinadas atividades (Friedman et al., 2019). A figura 5 mostra que oportunidade e obstáculos são transmitidos ao longo da vida e de gerações. Embora alguns estudos tenham relatado associação entre menor nível educacional e maior demência, esses supostos efeitos da educação podem não ser específicos para a demência, mas representam um caminho alternativo do estilo de vida negativo para o aumento da incidência de deficiências cognitivas relacionadas à idade (Yaojing et al., 2019).



Figura 5 - Vantagens sociais e vantagens na saúde são transmitidas ao longo da vida e das gerações
Adaptado de: (Braveman et al., 2011)

Estudos epidemiológicos mostraram que indivíduos com maior nível de escolaridade teriam risco reduzido de demência e diminuição cognitiva comparando com os colegas de mais baixa escolaridade (Yaojing et al., 2019). Também que a participação dos indivíduos em atividades ao longo da vida adulta dá uma melhor previsão da capacidade cognitiva numa idade mais avançada, tendo entre as atividades, as de lazer na meia-idade, relação positiva com a melhor função cognitiva (Friedman et al., 2019). Apontando então no sentido de que mais atividades de lazer abundantes na velhice tornem o indivíduo mais resiliente ao envelhecimento cerebral.

Um alto nível educacional no início da vida, pode ajudar na resistência do sistema nervoso ao envelhecimento cognitivo e que idosos com mais habilitações e maior frequência em atividades de lazer relacionadas com conhecimento, têm um nível mais alto de função cognitiva (Pollack, 2005). Importante dizer que os tipos de atividades de lazer intelectual e social fazem uma ligação entre a educação e variados domínios cognitivos, como por exemplo, memória, linguagem, atenção e o ato de executar. Sugerindo que o papel da educação na prevenção do envelhecimento tem importância significativa (Yaojing et al., 2019).

A nutrição é mais um fator determinante da saúde e bem-estar ao longo da vida. A prática de uma dieta diversificada é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a mesma é a base para o fornecimento suficiente e equilibrado de nutrientes (Zhang & Zhao, 2021). Existem já, alguns estudos realizados no sentido de perceber a relação entre degenerações associadas ao envelhecimento e o padrão alimentar individual ou de uma comunidade (Yeung et al., 2021; Zhang & Zhao, 2021).

A Organização Mundial de Saúde propõe focar na melhoria das capacidades intrínsecas de cada indivíduo com meta em vista o envelhecimento saudável, abrangendo capacidades físicas e mentais, como cognitivas, psicológicas, sensoriais, vitais e de locomoção (Yeung et al., 2021). Sugere-se que uma abordagem holística (Figura 6), na avaliação de idosos, gera melhores resultados quando comparado com a perspectiva tradicional onde o cuidado é baseado na doença (Wieland et al., 1993).

Para a prevenção de doenças relacionadas ao envelhecimento e manutenção de um estado de saúde, o hábito alimentar, é um fator que se pode alterar e variar no estilo de vida individual. A promoção de uma alimentação saudável em idosos ajuda a que estes, mantenham por mais tempo melhores capacidades funcionais e cognitivas (Yeung et al., 2021).

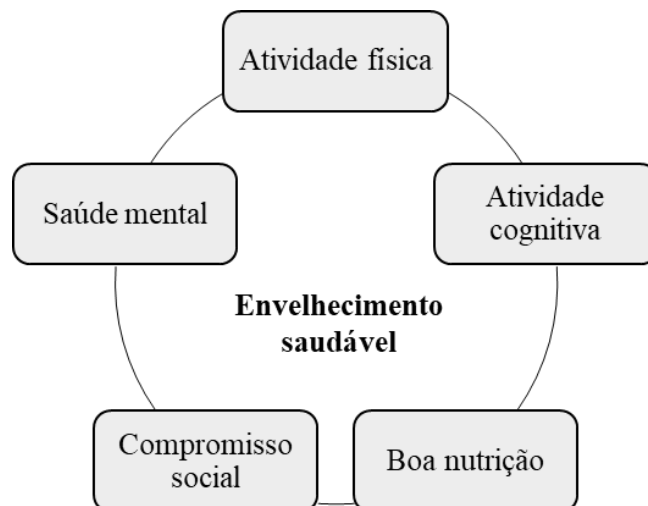


Figura 6 – Domínios com importância no envelhecimento saudável Adaptado de:(Suzman et al., 2015)

É relevante o estudo do padrão alimentar individual, porque as pessoas não consomem um único grupo de alimentos ou nutrientes, sendo a própria relação de sinergia dos nutrientes consumidos, que pode influenciar nas funções cognitivas e fisiológicas de cada um (Zhang & Zhao, 2021).

Então, o estudo dos padrões alimentares, pode fornecer recomendações que tenham impacto no envelhecimento saudável. Verifica-se que o consumo de alguns tipos de alimentos pode ter impacto no processo de envelhecimento e que a prática efetiva de uma alimentação mais diversificada está associada a um processo de envelhecimento mais saudável. Uma dieta diversificada, pode fornecer a promoção de um envelhecimento saudável (Zhang & Zhao, 2021).

A definição de envelhecimento saudável para um indivíduo é a partir de alguma forma se promover o mesmo numa população, fornecendo uma linguagem comum, distinguindo o envelhecimento saudável, do envelhecimento habitual e inevitável, havendo assim, uma avaliação e comparação de grupos, resultados, mudanças ao longo do tempo e se estudem as intervenções que são realizadas para esse intuito, tanto a nível pessoal ou levados a cabo por uma empresa/instituição ou governo (Friedman et al., 2019).

1.4 Envelhecimento saudável, bem-estar e estilos de vida

Em todo o mundo, o envelhecimento e a chegada a sénior, evidencia, num modo geral, uma preocupação e um receio de que os melhores dias tenham ficado já, para trás das costas. É referida a identificação em (Jebb et al., 2020) que durante toda a vida os níveis de felicidade não têm variações drásticas e que uma das possibilidades é que a felicidade ao longo da vida apresenta uma curva em forma de U, tendo o ponto mais baixo na meia-idade, também se verificando com dados, esta tendência, em várias regiões do mundo (Graham & Ruiz Pozuelo, 2017).

Não há concretamente uma só definição de envelhecimento saudável e as mesmas incorporam funções físicas, cognitivas e sociais, adaptação às mudanças relacionadas com o envelhecimento; a capacidade de evitar, ou não, morbilidades e incapacidades; e a auto percepção de saúde ou bem-estar (Aronson, 2020). Devido a isto, em vez de focar no envelhecimento saudável, durante as últimas gerações tem sido mais importante definir a felicidade e o bem-esta (Diener, 2009; Jebb et al., 2020).

Primeiramente, o bem-estar foi definido por critérios externos, as diferentes formas de conceção de condições ideais, tendo em conta a cultura e o tempo. Em segundo lugar, o foco na questão, ou seja, a avaliação das pessoas sobre as suas próprias vidas. Passar o bem-estar de subjetivo a algo rotulável, a satisfação com a vida e a determinação do que é uma boa vida, dependendo dos padrões individuais de cada um. Por fim, o significado de felicidade é o que mais se aproxima da forma como o termo é utilizado no discurso do dia-a-dia. Essa definição de bem-estar subjetivo realça a experiência emocional positiva ou negativa de cada pessoa (Diener, 2009).

É importante notar que o bem-estar é uma experiência subjectiva, e o que é mais importante para uma pessoa pode ser diferente para outra. Usualmente, o bem-estar pode ser medido através da utilização de inquéritos de auto-reporte ou avaliações padronizadas. Estas ferramentas podem ser utilizadas para acompanhar as mudanças no bem-estar ao longo do tempo. Uma medida de bem-estar comumente utilizada é a avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL) (Topp et al., 2015). Esta ferramenta inclui questões sobre saúde física, saúde psicológica, relações sociais e factores ambientais, e foi concebida para ser utilizada com pessoas de todas as idades.

De modo a fazer-se uma avaliação, foram projetadas para idosos, várias escalas de resposta múltipla, tendo essas mesmas variações entre elas, podendo variar, mediante a população que são destinadas (Jebb et al., 2020).

Diversas abordagens ao conceito de bem-estar podem ser consideradas (figura 7). Além disso, o bem-estar e o estilo de vida estão intimamente ligados.

Abordagem	Autores	Componentes Chave	Definição de Sucesso
Biomédica	Rowe & Kahn, 1997	• Livre de doenças e incapacidades • Altas habilidades cognitivas e físicas • Interagir com os outros de maneira significativa	• Estão os 3 presentes
Psicossocial	Baltes & Baltes, 1990	• Seleção de metas desejáveis e viáveis • Otimizar: envolver-se em comportamentos que maximizam os recursos disponíveis, internos e externos • Compensar: escolher meios alternativos de atingir o objetivo, apesar das limitações	• Utilizar os 3 processos para maximizar os ganhos e minimizar as perdas ao longo do tempo
Multidimensional	Young et al, 2009	• Fisiológico: doença e função • Psicológico: enfrentar, vitalidade emocional, resiliência • Sociológico: compromisso com a vida e espiritualidade	• Pontuado numa escala de 0-5, do maior ao menor sucesso em 5 variáveis: doença, função, cognição, vitalidade e compromisso

Figura 7 – Diferentes abordagens conceituais ao envelhecimento saudável Adaptado de: (Aronson, 2020)

Um estilo de vida saudável, que inclua hábitos saudáveis tais como uma dieta nutritiva, ter uma actividade física regular, e gerir o stress, pode ter um impacto positivo na saúde e bem-estar em geral. Por outro lado, um estilo de vida pouco saudável, que inclui hábitos como fumar, consumo excessivo de álcool e um estilo de vida sedentário, pode levar a resultados negativos na saúde e a uma diminuição do bem-estar geral. O estilo de vida e ambiente onde as populações de países economicamente desenvolvidos estão inseridas, são identificados como dos principais determinantes de saúde. Várias morbidades, como doenças crónicas, doenças súbitas, acidentes,

levam a que haja uma perda no número de anos de vida com qualidade vivida e, usualmente, uma aumentada despesa em cuidados e serviços de saúde (Gonçalves & Vilarta, 2004). Muitas doenças acabam por ser a consequência de comportamentos prejudiciais da saúde, exemplos como a redução da atividade física, o stress, uma alimentação desequilibrada ou o consumo de substâncias com ação psicoativa, depreendendo-se então a importância que o estilo de vida adotado, tem na saúde do indivíduo (Rua et al., 2000).

1.5 Objetivos e questão de investigação

Considerando que a doença crónica é quase uma inevitabilidade do envelhecimento, a questão de investigação que esta dissertação aborda é será que há diferenças em termos de bem-estar entre populações com diferentes prevalências de doenças crónicas? Para isso, o objectivo geral deste estudo foi procurar identificar variações associadas ao estilo de vida individual entre populações com diferentes prevalências de doenças crónicas, fazendo a comparação de uma população de uma Farmácia (esta população mais associada teoricamente a comorbilidade) com uma população de um centro comercial, através da avaliação dos níveis de bem-estar por questionário validado. Como objetivo específico quisemos também investigar qual ou quais determinantes podem estar associados com determinados níveis de bem estar.

2. METODOLOGIA

O estudo realizado foi um estudo observacional e transversal.

Para a realização do estudo, foi necessário elaborar um questionário, a partir de um questionário já validado para português. O questionário final foi composto e estruturado por uma primeira parte de perguntas sobre o contexto sociodemográfico, uma segunda secção de perguntas baseadas no questionário ‘Estilo de Vida Fantástico’ (FANTASTICO) (Wilson & Ciliska, 1984).

Ao nível de escalas de medição de bem-estar subjetivo, vários são os instrumentos que avaliam de formas diferentes, as dimensões do estilo de vida. A OMS utiliza como medida o Índice de bem-estar OMS (WHO-5) (Topp et al., 2015). A partir de um questionário de respostas múltiplas, alguns países desenvolveram os próprios indicies nacionais, como o caso dos Estados Unidos da América, com o índice de bem-estar desenvolvido pela GALLUP (*Gallup National Health and Well-Being Index*), tendo como domínios a avaliar cinco elementos, carreira, componente social, financeira, comunitária e física. A nossa escolha sobre o questionário ‘Estilo de Vida Fantástico’ deve-se ao facto deste contemplar várias áreas a nível do bem-estar, ter um carácter positivo e também ser um elemento que possa permitir ao entrevistado, uma perspetiva autocrítica e de gestão do próprio estilo de vida nestes vários domínios alcançados pelo questionário e ser de rápido preenchimento (Wilson & Ciliska, 1984).

Este questionário, adptado pela Universidade Católica do Chile e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS (Silva et al., 2014), a partir de um instrumento desenvolvido por Wilson e Ciliska (Wilson & Ciliska, 1984), no departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, em Ontário, Canadá, valida e fiabiliza a identificação em de uma forma rápida e objetiva dos fatores de risco e prognóstico de estilo de vida que possam ter melhorias. As perguntas a este questionário, exploram dez domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do estilo de vida e identificam-se com a sigla “FANTÁSTICO”, a saber. “F – Família e Amigos; A – Atividade física/ Associativismo; N – Nutrição; T – Tabaco; A - Álcool e Outras drogas; S - Sono/ Stress; T - Trabalho/Tipo de personalidade; I – Introspeção; C - Comportamentos de saúde e sexual; O - Outros Comportamentos” (figura 8). (Silva et al., 2014)

Realizámos este questionário com a finalidade de avaliar o estilo de vida, de práticas e métodos utilizados para prevenção do envelhecimento na população de utentes do Spacio

Shopping e da Farmácia Fernandes Borges, sendo o questionário intitulado de : *Estilo de vida e prevenção do envelhecimento na população do Spacio Shopping e Farmácia Fernandes Borges* (ver Anexo 1). Além dos componentes do questionário “FANTASTICO”, inclui ainda perguntas relacionadas com as características socio-demográficas dos participantes, bem como questões relativas às doenças crónicas que poderiam ter (auto-reportadas). A escolha da farmácia como ponto de acesso a participantes com possibilidade de terem doença crónica foi feita por conveniência (local de estágio do investigador/aluno).

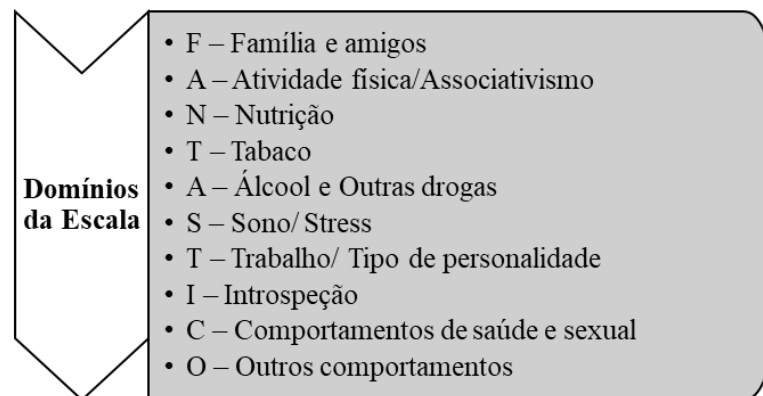


Figura 8 - Domínios relacionados ao questionário "FANTASTICO" adaptado de: (Wilson & Ciliska, 1984)

2.1 Estratégia de amostragem

Para o cálculo do tamanho da amostra, estimamos que para detetar a diferença entre duas categorias do questionário FANTASTICO, com um poder de 90% e um nível de significância 5%, o tamanho ideal da amostra é de 86 participantes por grupo, num total de 172 participantes. Estas seriam pessoas inqueridas ao balcão da farmácia (utentes da farmácia) e utentes do Spacio Shopping (fora do espaço físico da farmácia). Ao balcão da farmácia, para tentar aumentar a aleatoriedade da amostra, foi solicitado a disponibilidade a utentes de 3 em 3 atendimentos. Fora da farmácia, foram escolhidos 3 pontos de referência dentro do shopping e ao chegar a esse local previamente escolhido a primeira pessoa que lá se encontrasse, seria abordada e convidada a responder ao questionário. Os dados recolhidos no questionário foram utilizados somente para fins de investigação, sendo respeitado a confidencialidade de todas as pessoas envolvidas e as suas respostas anonimizadas. Sendo também a sua participação voluntária, tendo as pessoas conhecimento que a qualquer momento do estudo poderiam abandonar ou recusar participar, se assim o entendessem. Foi solicitado parecer à comissão de Ética da Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona, que emitiu parecer favorável com a referência CE.ECTS/P09-22.

2.2 Procedimento de análise

O guião original propõe a avaliação das respostas obtidas, uma diferenciação em 5 níveis de classificação, sendo elas: uma pontuação de 0 a 19 (Nível de bem-estar muito baixo, é essencial mudar o estilo de vida); de 20 a 29 (Nível de bem-estar baixo, tem bastante a melhorar); de 30 a 34 (Nível de bem-estar suficiente, alguns pontos a melhorar); de 35 a 41 (Bom nível de bem-estar e satisfação) e de 42 a 50 (Elevado bem-estar, grande satisfação com a vida atual) (tabela 2) (Wilson & Ciliska, 1984). Posteriormente, categorizou-se uma nova variável relativa a este questionário em dois níveis: Nível bom e Elevado vs. Nível suficiente, baixo ou muito baixo.

Tabela 2 - Níveis de bem-estar do questionário FANTASTICO Adaptado de: (Wilson & Ciliska, 1984)

<i>Pontuação</i>	<i>Total Interpretação</i>
<i>42 a 50 pontos</i>	Elevado bem-estar, grande satisfação com a vida atual
<i>35 a 41 pontos</i>	Bom nível de bem-estar e satisfação
<i>30 a 34 pontos</i>	Nível de bem-estar suficiente, alguns pontos a melhorar
<i>20 a 29 pontos</i>	Nível de bem-estar baixo, tem bastante a melhorar
<i>0 a 19 pontos</i>	Nível de bem-estar muito baixo, é essencial mudar o estilo de vida

3. RESULTADOS

Foram obtidas 172 respostas ao questionário, igualmente divididos entre a farmácia (n=86) e o espaço comercial (n=86). Catorze participantes, clientes habituais da farmácia, levaram os questionários impressos para casa. Para obter o número de respostas válidas, foram obtidas também 31 respostas negativas, 12 ao balcão da farmácia e as restantes 19 no centro comercial.

Os principais resultados das variáveis de interesse que caracterizam as duas populações estão na tabela 3. Identificamos através das repostas obtidas, utentes da farmácia mais velhos do que utentes do shopping, os primeiros, tendencialmente, com o nível de escolaridade menor do que o segundo grupo, tendo porventura a maior parte da amostra total instrução mínima o ensino secundário (gráfico 1), também o número de doenças crónicas afetas ao grupo de utentes da farmácia é superior ao grupo de utentes do shopping.

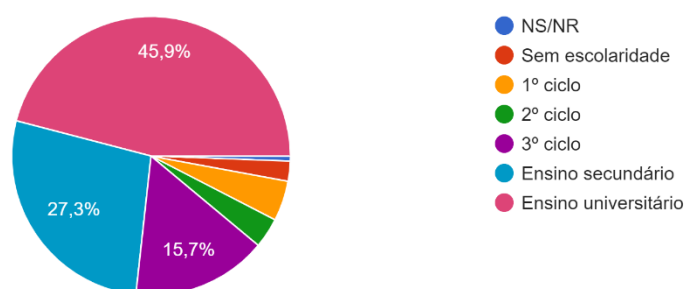


Gráfico 1 - Nível de escolaridade da amostra

Tabela 3 – Caracterização dos participantes no estudo.

Variável	Shopping (n=86)	Farmácia (n=86)	Total (n=172)	p-value
<i>Género</i>				0.168*
<i>Homem</i>	50.0%	39.5%	44.8%	
<i>Mulher</i>	50.0%	60.5%	55.2%	
<i>Escolaridade</i>				0.018*
<i>Até Secundário</i>	44.7%	62.8%	53.8%	
<i>Ensino Superior</i>	55.3%	37.2%	46.2%	
<i>Rendimento</i>				0.691*
<i>Até 1200</i>	34.4%	37.9%	36.1%	
<i>Acima 1200</i>	65.6%	62.1%	63.9%	
<i>Anos Idade (média ± dp)</i>	48.9 (17.5)	56.5 (17.97)	52.7 (18.1)	0.009¥
<i>IMC kg/m2 (média ± dp)</i>	25.8 (3.4)	26.5 (3.5)	26.1 (3.5)	0.133¥
<i>Número de doenças crónicas (mediana; Q1- Q3)</i>	1.0 (0-2.0)	2.0 (1.0-4.0)	1.0 (0-3.0)	0.013¥

*-Estatística do teste do Qui-quadrado; ¥ - Estatística do teste Mann Whitney.

Em termos de doenças crónicas, as diferenças entre a prevalência (auto reportada) das duas populações podem ser consultadas na tabela 4, enquanto o da amostra total se encontra no gráfico 2.

Tabela 4 - Prevalência auto reportada de doenças crónicas

<i>Doença Crónica</i>	<i>Total (n=172)</i>	<i>Shopping (n=86)</i>	<i>Farmácia (n=86)</i>	<i>p-value*</i>
<i>Hipertensão arterial</i>	40.1%	36.0%	44.2%	0.276
<i>Diabetes</i>	16.3%	15.1%	17.4%	0.680
<i>Ansiedade e/ou Depressão</i>	17.4%	11.6%	23.3%	0.044
<i>Dislipidemia</i>	23.3%	18.6%	27.9%	0.149
<i>Disfunção tiroidea</i>	16.3%	11.6%	20.9%	0.098
<i>Artroses/Osteoporoses</i>	12.2%	9.3%	15.1%	0.244
<i>Dor nas costas/Dor Crónica</i>	12.2%	8.1%	16.3%	0.103
<i>Asma</i>	7.6%	7.0%	8.1%	0.773
<i>Outra (não classificada)</i>	26.2%	20.9%	31.4%	0.118

*-Estatística de teste do Qui-quadrado

De notar que os utentes da farmácia apresentam maior prevalência de doenças crónicas, sendo que apenas a Ansiedade e/ou Depressão é significativamente maior.

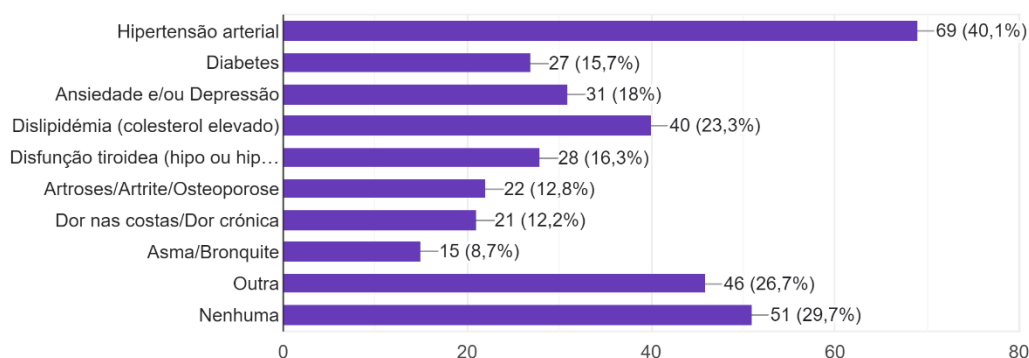


Gráfico 2 - Doenças crónicas afetas à amostra

Na tabela 5, temos a prevalência de atividades para autogestão da saúde por tipo de participante. De uma forma geral, a prevalência de recurso a algum tipo de atividade é maior nos utentes do shopping, mas as diferenças não são significativas.

Tabela 5 - Atividades de autogestão da saúde por tipo de participante

<i>Atividade</i>	<i>Total (n=172)</i>	<i>Shopping (n=86)</i>	<i>Farmácia (n=86)</i>	<i>p-value</i>
<i>Nutrição acompanhada/ Nutricionista</i>	32.6%	34.9%	30.2%	0.515*
<i>Prática de desporto/ Atividade física</i>	43.0%	46.5%	39.5%	0.355*
<i>Prática de Hobby (pintar, ler, cantar, convívio com amigos)</i>	83.1%	84.9%	81.4%	0.541*
<i>Suplementação específica</i>	39.5%	43.0%	36.0%	0.349*
<i>Psicoterapia</i>	12.8%	15.1%	10.5%	0.361*
<i>Medicinas alternativas</i>	30.8%	34.9%	26.7%	0.248*
<i>Total de atividades (mediana; Q1-Q3)</i>	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (2.0-3.0)	2.0 (1.0-3.0)	0.238¥

*-Estatística do teste do Qui-quadrado; ¥ - Estatística do teste Mann Whitney.

Encontramos no gráfico 3 com quem se aconselha a amostra para a prática de atividades de promoção de saúde, tendo uma parte significativa da amostra (41,7%) respondido aconselhar-se com um Farmacêutico/a, enquanto na resposta à pergunta ‘Sente que o/a farmacêutico/a e farmácia tem um papel importante na passagem de informação sobre estas práticas?’ (gráfico 4), a resposta ‘Sim’ é a grande maioria com 93% das respostas totais.

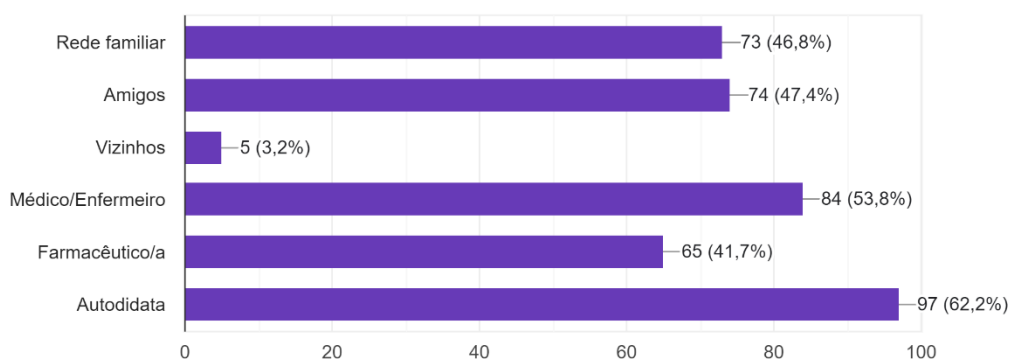


Gráfico 3 - Com quem se aconselha a amostra sobre atividades de promoção de saúde

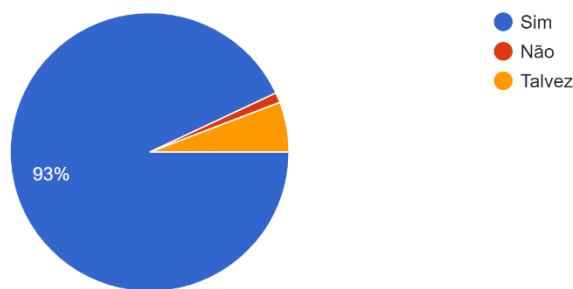


Gráfico 4 - Sente que o/a farmacêutico/a e farmácia tem um papel importante na passagem de informação sobre estas práticas?

Na tabela 6 podemos verificar que entre os utentes do shopping a prática das atividades com amigos é significativamente maior do que entre os utentes da farmácia.

Tabela 6 - Prática de atividades

<i>Atividade</i>	<i>Total (n=172)</i>	<i>Shopping (n=86)</i>	<i>Farmácia (n=86)</i>	<i>p-value*</i>
<i>Pratica com Rede familiar</i>	39.8%	39.8%	39.7%	0.998
<i>Pratica com Amigos</i>	46.0%	54.2%	37.2%	0.030
<i>Pratica com Vizinhos</i>	1.2%	0.0%	2.6%	0.142
<i>Pratica Sozinho</i>	87.0%	84.3%	89.7%	0.309

*-Estatística de teste do Qui-quadrado

Sobre a frequência de consultas com médico assistente (gráfico 5), que encontramos os valores expressos na tabela 7, apesar das diferenças entre os participantes não serem significativas, 40% dos utentes da farmácia têm 1 a 2 consultas pelo menos todos os anos.

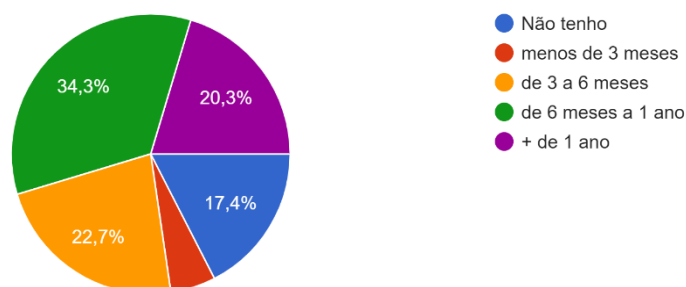


Gráfico 5 - Frequência de consulta com o médico de família/ assistente

Tabela 7 - Frequência de acompanhamento com médico assistente

<i>Frequências de consultas com médico assistente</i>	<i>Total (n=172)</i>	<i>Shopping (n=86)</i>	<i>Farmácia (n=86)</i>	<i>p-value*</i>
<i>Não tenho</i>	17.4%	24.4%	10.5%	0.130
<i>Menos do que ano a ano</i>	20.3%	20.9%	19.8%	
<i>Entre 6 meses e 1 ano</i>	34.3%	27.9%	40.7%	
<i>Entre 3 e 6 meses</i>	22.7%	22.1%	23.3%	
<i>Mais do que de 3 em 3 meses</i>	5.2%	4.7%	5.8%	

*-Estatística de teste do Qui-quadrado

O questionário FANTASTICO proporciona uma pontuação total. A pontuação média foi de 35.7, sendo que os participantes da farmácia tiveram uma pontuação ligeiramente inferior e não significativa (35.5 vs 35.9). Este questionário também pode classificar os níveis de bem-estar dos participantes (tabela 8). Dividimos esta variável numa nova variável categórica “Nível suficiente, baixo ou muito baixo” vs. “Nível bom ou elevado”. Num modelo de regressão (tabela 9) para explorar a associação de diferentes variáveis com esta nova variável categórica, verificamos que “ter ansiedade e/ou depressão”, rendimentos até 1200 euros, e ser do sexo masculino, estava significativamente associado com um “nível suficiente, baixo ou muito baixo” no questionário FANTASTICO.

Tabela 8 - Proporção de participantes por nível de bem-estar e tipo de participante

<i>Níveis de bem-estar</i>	<i>Total (n=172)</i>	<i>Shopping (n=86)</i>	<i>Farmácia (n=86)</i>	<i>p-value*</i>
<i>Elevado bem-estar e satisfação com a vida atual</i>	10.5%	10.5%	10.5%	0.336
<i>Bom nível de bem-estar e satisfação</i>	47.7%	52.3%	43.0%	
<i>Nível suficiente de bem-estar</i>	29.1%	23.3%	34.9%	
<i>Nível de bem-estar baixo</i>	11.6%	11.6%	11.6%	
<i>Nível de bem-estar muito baixo</i>	1.2%	2.3%	0.0%	

*-Estatística de teste do Qui-quadrado

Tabela 9 - Modelo de regressão para associação das variáveis independentes com a categoria do questionário FANSTASTIC = “Nível suficiente, baixo ou muito baixo ”

<i>Variável independente</i>	<i>Odds ratio [IC 95%]</i>	<i>p-value</i>
<i>Questionário na farmácia?: Sim</i>	1.294 [0.5614 - 2.982]	0.545
<i>Rendimento Até 1200</i>	2.384 [1.0217- 5.563]	0.044
<i>Total atividades</i>	1.147 [0.8805 - 1.495]	0.309
<i>Qual o seu gênero? Masculino</i>	2.685 [1.1604 - 6.213]	0.021
<i>Ansiedade e/ou Depressão:Sim</i>	5.859 [1.8583 - 18.473]	0.003

4. DISCUSSÃO

Encontrámos com este estudo que não há variação significativa entre os estilos de vida medido com o questionário FANTASTICO, das duas populações analisadas. As restantes variáveis também apresentaram resultados muito semelhantes excetuando alguns casos já esperados, nomeadamente, a idade, a escolaridade, e o número de doenças crónicas. Na população de utentes da farmácia identificámos que esta é tendencialmente mais velha do que a população do shopping e com menor grau de escolaridade.

Identificámos na população de utentes da farmácia a prevalência auto reportada de doenças crónicas, um valor superior, porém, a única doença crónica com uma diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$) para a população do shopping foi a prevalência de Ansiedade e/ou Depressão. Esta prevalência poderia ser esperada, tendo em conta o aumento de toma e prescrição de medicamentos antidepressivos e benzodiazepinas nos últimos anos (McCool et al., 2022).

Não encontrámos diferença estatisticamente significativa no que concerne à prevalência de atividades para autogestão da saúde da amostra inquirida, havendo indicação ligeira de maior tendência a serem praticadas atividades de autogestão da saúde pela população do shopping, o que pode ser devido à diferença de idade identificada entre amostra do shopping e a amostra de utentes da farmácia, sendo os utentes da farmácia pessoas com maior idade e praticando menos atividades de autogestão de saúde.

A prática destas atividades pelos utentes do shopping e da farmácia têm uma variação relevante no que toca a com quem a realizam, enquanto os utentes do shopping, 54.2% dos mesmos as realizam com amigos, na farmácia apenas 37.2% o fazem com amigos, o que pode estar relacionado à maior idade tendencial da população inquirida na farmácia, como também se identifica em (Choi, 2019; Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Sendo a prática de um hobby a atividade com maior prevalência que esta amostra de inquiridos utiliza como prática de gestão da sua saúde (83.1%) estando inserido nesta opção, leitura, ouvir música, convívio com amigos, identifica-se concordância em (Choi, 2019; Instituto Nacional de Estatística, 2002), identificamos também como a atividade de autogestão menos praticada a psicoterapia (12.8%), havendo ainda uma variação entre a população do

shopping e utentes de farmácia, tendo estes segundos ainda uma maior relutância na utilização desta prática.

Relativamente aos valores de avaliação do questionário FANTASTICO e enquadrando-os na sua interpretação, a pontuação média de toda a população inquirida é de 35.7 o que se apresenta como “Bom nível de bem-estar e satisfação”. Estratificando a amostra, identificou-se que, em média as pontuações de bem-estar medidos por população, não são diferentes, sendo o valor da pontuação da população da farmácia menor, com 35.5 pontos em comparação com 35.9 da população de utentes do shopping, podendo esta ligeira variação estar associada à variação identificada entre as idades médias dos utentes de farmácia em comparação com a média de idade dos do shopping. No entanto, o modelo de regressão mostrou que estavam significativamente associadas com um nível mais baixo de bem-estar, as variáveis “ter ansiedade e/ou depressão”, rendimentos até 1200 euros, e ser do sexo masculino. Na mais aprofundada avaliação das respostas de pessoas com diagnóstico de Ansiedade/Depressão, a diferença é estatisticamente significativa e relevante nas perguntas do Questionário (1.1, 6.1, 7.3 e 8.3) respetivamente: ‘Família e Amigos - tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim’ a resposta com pontuação significativo associado aos utentes com Ansiedade/Depressão é ‘Quase Nunca’; ‘Sono – Durmo e sinto-me cansado’ a resposta correspondente é ‘Quase sempre’; ‘Personalidade – Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividade em geral’ a resposta correspondente é ‘Quase nunca’; e ‘Introspeção – Sinto-me triste e/ou deprimido’ a resposta correspondente é ‘Frequentemente’, sendo estas, as respostas no questionário associadas a um estilo de vida com mais fatores de risco.

A ansiedade e depressão enquadram-se em categorias de doença diferente, apesar de uma considerável parte das vezes surgirem concomitantemente (Pollack, 2005). Exemplos de estudos como (Pollack, 2005) e (Graham & Ruiz Pozuelo, 2017) demonstram forte associação entre doenças físicas e depressão e ansiedade em grupos de doenças como: doenças cardiovasculares (doenças cardíacas e enfarte), diabetes mellitus, asma, cancro, artrite e osteoporose, indicando que, ao desenvolver uma doença física se torna um fator de risco para também desenvolver depressão e/ou ansiedade. As formas de tratamento atualmente consideradas para condições como a depressão e a ansiedade, passam por intervenções farmacológicas e também psicológicas, de educação e comportamentais. O que cria o desafio, tanto de adaptação do indivíduo como também as formas farmacológicas de tratamento. Para estabelecer alguns tipos de relação entre estes grupos de doença ainda serão necessários estudos

de grandes dimensões, apesar de em (Pollack, 2005) pessoas com doenças cardíacas, cancro e artrite, evidenciarem, a eficácia de medicamentos antidepressivos no tratamento da depressão. Alguns métodos de cuidados comportamentais, como psicoeducação (a psicoeducação é uma intervenção terapêutica baseada em evidências para pacientes e entes queridos que fornece informações e apoio para melhor compreender e lidar com a doença) e relaxamento, são também eficazes no tratamento de depressão e ansiedade em doentes com cancro e artrite (Clarke & Currie, 2009). Este tipo e outros de tratamentos são o tipo de tratamentos que se espera levarem os doentes a melhorias funcionais, melhorias no seu humor e no bem-estar, porém o número de estudos concluídos em cada grupo de doenças é pequeno e mais pesquisas serão necessárias para fornecer mais percepção e determinação científica (Clarke & Currie, 2009).

A “gestão” da depressão e da ansiedade é muito complexa, assim como a “gestão” da doença crónica (Pollack, 2005). Devido à interação desses dois pontos críticos, as soluções precisariam ser integrais. Portanto, é oportuno desenvolver e testar a eficácia clínica e de custo de sistemas integrados de gestão de doenças para depressão em pacientes fisicamente doentes. Existem modelos para isso, embora os sistemas de gestão de doenças crónicas tenham demorado a ser adotados pelos sistemas de saúde e as evidências de sua utilidade sejam ainda limitadas (Clarke & Currie, 2009). Tendo identificado nesta amostra que as pessoas com ansiedade ou depressão apresentam um nível mais baixo de estilo de vida, e que estas pessoas acabam por praticar menos atividades de auto-gestão de saúde, será importante no futuro encontrar formas de aumentar estas atividades para estes doentes.

5. CONCLUSÃO

O estilo de vida, mediante os seus hábitos, tem impacto sobre o bem estar de um indivíduo ou de uma população. Durante o envelhecimento, havendo, num modo geral, uma preocupação ou receio sobre o mesmo, também no caso de variação de populações, culturas ou idades, desenvolvem-se cuidados individuais, sociais ou governamentais que permitem um melhor estilo de vida, uma prevenção mais eficaz do envelhecimento, menor comorbidade, consequentemente mais anos de vida com independência e saudáveis.

No estudo de comparação do estilo de vida medido entre a população do Spacio Shopping e dos utentes da Farmácia Fernandes Borges não houve diferença entre os valores obtidos, encontrando-se num “Bom nível de bem-estar e satisfação”. Sendo a variação entre as duas pontuações de 0.4 pontos (35.9 - 35.5), a mais alta pertencendo à população que frequenta o Spacio Shopping. Os resultados do modelo de regressão para associação das categoria do questionário FANTASTICO “Nível suficiente, baixo ou muito baixo” vs. “FANSTASTIC = Nível bom ou elevado” mostra que um menor nível de bem-estar está significativamente associado às variáveis “ter ansiedade e/ou depressão”, rendimentos até 1200 euros, e ser do sexo masculino.

Encontrámos variação significativa quanto à idade da população da Farmácia em comparação com a população do Shopping, sendo os primeiros mais velhos que os segundos, com menor escolaridade e com maior prevalência de doenças crónicas auto-reportadas. Porém, alguns pontos relacionados com o questionário podem estar associados a esta variação ligeira da pontuação entre a população da farmácia e a população do shopping estando limitado o estudo à dimensão da amostra.

Dentro do número doenças crónicas auto-reportadas pelo total da amostra, observamos que a prevalência de pessoas com Ansiedade/Depressão na população da Farmácia Fernandes Borges é significativamente maior do que da população do Shopping. A prática de actividades pelos utentes do Shopping mostra variação comparando com os utentes da Farmácia aquando da prática com amigos, sendo maior nos utentes do Shopping.

Com o aumento dos índices de envelhecimento a nível global, seria importante que medidas de cariz social e governamental sejam mais precocemente adotadas, favorecendo o envelhecimento saudável de um modo geral na população, tornando os níveis de bem-estar superiores. O papel do farmacêutico comunitário pode ser fundamental, podendo ter um papel ativo com os seus utentes no sentido de ser um agente de saúde pública.

6. BIBLIOGRAFIA

- Aronson, L. (2020). Healthy Aging Across the Stages of Old Age. In *Clinics in Geriatric Medicine* (Vol. 36, Issue 4, pp. 549–558). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2020.06.001>
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381–398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Choi, W. (2019). Older adults' health information behavior in everyday life settings. *Library and Information Science Research*, 41(4). <https://doi.org/10.1016/j.lisr.2019.100983>
- Clarke, D. M., & Currie, K. C. (2009). *Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence*. www.mja.com.au
- Diener, E. (2009). *Subjective Well-Being* (E. Diener, Ed.). Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6>
- Friedman, S. M., Mulhausen, P., Cleveland, M. L., Coll, P. P., Daniel, K. M., Hayward, A. D., Shah, K., Skudlarska, B., & White, H. K. (2019). Healthy Aging: American Geriatrics Society White Paper Executive Summary. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(1), 17–20. <https://doi.org/10.1111/jgs.15644>
- Gonçalves, A., & Vilarta, R. (2004). QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA: EXPLORANDO TEORIA E PRÁTICA. *Conexões*.
- Graham, C., & Ruiz Pozuelo, J. (2017). Happiness, stress, and age: how the U curve varies across people and places. *Journal of Population Economics*, 30(1), 225–264. <https://doi.org/10.1007/s00148-016-0611-2>
- Gu, Y. H., Bai, J. B., Chen, X. L., Wu, W. W., Liu, X. X., & Tan, X. D. (2019). Healthy aging: A bibliometric analysis of the literature. *Experimental Gerontology*, 116, 93–105. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2018.11.014>
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O envelhecimento em Portugal*. www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *TÁBUAS DE MORTALIDADE PARA PORTUGAL 2018-2020*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *CENSOS 2021- Divulgação dos Resultados Definitivos*.
- Jebb, A. T., Morrison, M., Tay, L., & Diener, E. (2020). Subjective Well-Being Around the World: Trends and Predictors Across the Life Span. *Psychological Science*, 31(3), 293–305. <https://doi.org/10.1177/0956797619898826>
- McCool, A., Lukas, K., Hayes, P., & Kelly, D. (2022). Antidepressant medication prescribing patterns in Irish general practice from 2016 to 2020 to assess for long-term use. *Irish Journal of Medical Science*, 191(5), 2239–2246. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02833-7>
- Pereira, A., Schneider, R., & Schwanke, C. (2009). *Geriatrics, uma especialidade centenária*.
- Pollack, M. H. (2005). Mark H. Pollack Comorbid Anxiety and Depression. In *J Clin Psychiatry* (Vol. 66, Issue 8).

- Rodriguez-Laso, A., McLaughlin, S. J., Urdaneta, E., & Yanguas, J. (2018). Defining and Estimating Healthy Aging in Spain: A Cross-sectional Study. *Gerontologist*, 58(2), 388–398. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw266>
- Rua, O. C., Bulhões, L., & Buss, P. M. (2000). *Promoção da saúde e qualidade de vida*.
- Seah, B., Kowitlawakul, Y., Jiang, Y., Ang, E., Chokkanathan, S., & Wang, W. (2019). A review on healthy ageing interventions addressing physical, mental and social health of independent community-dwelling older adults. *Geriatric Nursing*, 40(1), 37–50. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.06.002>
- Silva, A. M. M., Brito, I. da S., & Amado, J. M. da C. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário fantastic lifestyle assessment em estudantes do ensino superior. *Ciencia e Saude Coletiva*, 19(6), 1901–1909. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>
- Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., & Chatterji, S. (2015). Health in an ageing world - What do we know? In *The Lancet* (Vol. 385, Issue 9967, pp. 484–486). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61597-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61597-X)
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Wieland, G. D., Rubenstein, L. Z., Corporation, R., & Monica, S. (1993). *Clinical practice Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials*.
- Wilson, D. M. C., & Ciliska, D. (1984). *Lifestyle Assessment: Development And Use of the FANTASTIC Checklist*.
- Wu, F., & Sheng, Y. (2019). Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 85. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103934>
- Yaojing, C., Chenlong, L., Xin, L., Junying, Z., Kewei, C., Zhongwan, L., He, L., Jialing, F., Ting, Q., Liang, L., & Zhanjun, Z. (2019). *The positive impacts of early-life education on cognition, leisure activity, and brain structure in healthy aging*.
- Yeung, S. S. Y., Kwan, M., & Woo, J. (2021). Healthy diet for healthy aging. In *Nutrients* (Vol. 13, Issue 12). MDPI. <https://doi.org/10.3390/nu13124310>
- Zhang, J., & Zhao, A. (2021). Dietary diversity and healthy aging: A prospective study. *Nutrients*, 13(6). <https://doi.org/10.3390/nu13061787>

ANEXOS

1. Questionário sociodemográfico efetuado no rastreio populacional do Spacio Shopping

16/12/22, 12:11

Estilo de vida e prevenção do envelhecimento na população do Spacio Shopping e Farmácia Fernandes Borges

Estilo de vida e prevenção do envelhecimento na população do Spacio Shopping e Farmácia Fernandes Borges

Este questionário enquadra-se num projecto de investigação a realizar, no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas do aluno José Eduardo Marchezim de Oliveira Dias, da Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Este questionário tem como finalidade a avaliação do estilo de vida e de práticas e métodos utilizados para prevenção do envelhecimento na população de utentes do Spacio Shopping e da Farmácia Fernandes Borges.

O tempo necessário para completar este questionário é aproximadamente 10 minutos. Os dados recolhidos neste questionário serão utilizados somente para fins de investigação, sendo todas as respostas anonimizadas e respeitando a confidencialidade das mesmas. A participação é voluntária e a qualquer momento do estudo, pode abandonar ou recusar participar, se assim o pretender. Agradecemos, desde já, a sua participação e colaboração através da resposta a este questionário.

Aluno: José Eduardo Marchezim de Oliveira Dias

Investigador responsável: João Pedro Gregório
email: joao.gregorio@ulusofona.pt

***Obrigatório**

1. Consentimento Informado *

Marcar apenas uma oval.

☐ Aceito as condições acima descritas

☐ Não aceito as condições acima descritas

Avançar para a secção 5 (Obrigado pela sua participação!)

https://docs.google.com/forms/d/1nxW-cbtjdr1wKl32RITnTzz4DP6841Obu2K_JecJM/edit

1/15

2. Questionário na farmácia? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

Informação sócio-demográfica

3. Qual o seu género? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Outro

4. Qual a sua idade? *

5. Qual o seu peso?

6. Qual a sua altura?

7. Qual o seu nível de escolaridade completo? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ NS/NR
- ☐ Sem escolaridade
- ☐ 1º ciclo
- ☐ 2º ciclo
- ☐ 3º ciclo
- ☐ Ensino secundário
- ☐ Ensino universitário

8. Qual a sua situação profissional *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ NS/NR
- ☐ Trabalho a tempo inteiro
- ☐ Trabalho a tempo parcial
- ☐ Reformado/ Pensionista
- ☐ Trabalho por conta própria
- ☐ Voluntariado
- ☐ Estudante
- ☐ Domestico/a
- ☐ Desempregado/a

9. Qual o rendimento do agregado familiar? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ NS/NR
- ☐ Até 500€
- ☐ De 500€ a 700€
- ☐ De 700€ a 900€
- ☐ De 900€ a 1200€
- ☐ De 1200€ a 2000€
- ☐ Acima de 2000€

10. Tem alguma destas doenças crónicas? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Hipertensão arterial
- ☐ Diabetes
- ☐ Ansiedade e/ou Depressão
- ☐ Dislipidémia (colesterol elevado)
- ☐ Disfunção tiroidea (hipo ou hipertiroidismo)
- ☐ Artroses/Artrite/Osteoporose
- ☐ Dor nas costas/Dor crónica
- ☐ Asma/Bronquite
- ☐ Outra
- ☐ Nenhuma

Estilos de vida

Na próxima secção, responda

11. 1. Família e amigos *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim	☐	☐	☐
Dou e recebo carinho/afeto	☐	☐	☐
Sou membro de um grupo comunitário e participo nas atividades ativamente	☐	☐	☐

12. 2. Atividade física *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Quase sempre (3 vezes ou mais por semana)	Às vezes (2 vezes por semana)	Quase nunca (raramente)
Ando no mínimo 30 minutos por dia	☐	☐	☐
Realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem) ou desporto durante	☐	☐	☐

13. 3.1 Nutrição *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Todos os dias	Às vezes	Quase nunca
Como 2 porções de verduras e 2 de fruta	☐	☐	☐

14. 3.2 Nutrição *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nenhum destes	Alguns desses	Todos
Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou fritos) ou fastfood	☐	☐	☐

15. 3.3 Nutrição *

Marcar apenas uma oval por linha.

	0 a 4 kg	5 a 8 kg	Mais de 8 kg
Ultrapassei o meu peso ideal em:	☐	☐	☐

16. 4.1 Tabaco e outras drogas *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não, nos ultimos 5 anos	Não, no último ano	Sim, este ano
Fumo cigarros	☐	☐	☐

17. 4.2 Tabaco e outras drogas *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Quase nunca	Às vezes	Quase diariamente
Uso excessivo de medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia	☐	☐	☐

18. 4.3 Tabaco e outras drogas *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Menos de 3 por dia	3 a 6 por dia	Mais 6 por dia
Bebo café, chá ou outras bebidas com caféina	☐	☐	☐

19. 4.4 Tabaco e outras drogas *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Frequentemente
Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy	☐	☐	☐

20. 5.1 Alcool *

Marcar apenas uma oval por linha.

	0 a 7 bebidas	8 a 12 bebidas	Mais do que 12 bebidas
A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é:	☐	☐	☐

21. 5.2 Alcool *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Frequentemente
Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas	☐	☐	☐

22. 6.1 Sono *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre
Durmo e sinto- me cansado	☐	☐	☐

23. 6.2 Sono *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca
Sinto- me capaz de gerir o stress do meu dia-a- dia	☐	☐	☐
Relaxo e desfruto do meu tempo livre	☐	☐	☐

24. 7.1 Personalidade *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente
Sinto que ando acelerado e/ou atarefado	☐	☐	☐
Sinto-me aborrecido e/ou agressivo	☐	☐	☐

25. 7.3 Personalidade *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca
Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral	☐	☐	☐

26. 8.1 Introspeção *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca
Sinto- me uma pessoa otimista e positiva	☐	☐	☐

27. 8.2 Introspeção *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente
Sinto-me tenso e/ou oprimido	☐	☐	☐
Sinto-me triste e/ou deprimido	☐	☐	☐

28. 9. Carreira *

Marcar apenas uma oval por linha.

	A maioria das vezes	Algumas vezes	Quase nunca
Satisfeito com as funções	☐	☐	☐
Boas relações com os colegas	☐	☐	☐

Avançar para a pergunta 29

Secção sem título

29. Com que frequência tem uma consulta com o médico de família/assistente? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não tenho
☐ menos de 3 meses
☐ de 3 a 6 meses
☐ de 6 meses a 1 ano
☐ + de 1 ano

30. Costuma recorrer a alguma destas atividades para gestão da sua saúde? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Nutrição acompanhada/ Nutricionista
☐ Prática de desporto/atividade física regular
☐ Prática de hobby (pintar, cantar, ler, convívio com amigos, etc...)
☐ Suplementação específica
☐ Psicoterapia
☐ Medicinas alternativa (medicina tradicional chinesa, homeopatia, naturopatia, acunpultura etc..)
☐ Não recorro a estas atividades

31. Procura saber mais ou aconselhar-se sobre alguma destas atividades? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não *Avançar para a secção 5 (Obrigado pela sua participação!)*

32. Com quem se aconselha sobre as mesmas?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Rede familiar
- ☐ Amigos
- ☐ Vizinhos
- ☐ Médico/Enfermeiro
- ☐ Farmacêutico/a
- ☐ Autodidata
- ☐ Outra: _____

33. Com quem pratica estas actividades?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Rede familiar
- ☐ Amigos
- ☐ Vizinhos
- ☐ Sozinho

34. Identifica resultados da utilização destas práticas?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Talvez
- ☐ Não

35. Se sim, quais?

36. Sente que o/a farmacêutico/a e farmácia tem um papel importante na passagem de informação sobre estas práticas?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Talvez

Obrigado pela sua participação!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários