

1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

INSEF 2015



Determinantes de Saúde



ICELAND
LIECHTENSTEIN
NORWAY
eea
grants



Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge

Título: 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Determinantes de Saúde

Autores: Sónia Namorado, Joana Santos, Liliانا Antunes, Irina Kislaya, Ana João Santos, Emília Castilho, Eugénio Cordeiro, Ana Dinis, Marta Barreto, Vânia Gaio, Ana Paula Gil, Ana Paula Rodrigues, Ana Clara Silva, Clara Alves Alves, Patrícia Vargas, Tamara Prokopenko, Baltazar Nunes, Carlos Matias Dias

Editor: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

Coordenação técnica editorial: Elvira Silvestre

Composição gráfica: Francisco Tellechea

Impressão: Guide Artes Gráficas, Lda

ISBN: 978-989-8794-31-4

Depósito legal nº 419536/16

Lisboa, junho de 2017

O INSEF, desenvolvido no âmbito do Projeto Pré-definido do Programa Iniciativas em Saúde Pública, é promovido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge através do Departamento de Epidemiologia e beneficia de apoio financeiro concedido pela Islândia, Liechtenstein e Noruega, através das EEA Grants.



Sugestão de citação: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Determinantes de Saúde. Lisboa: INSA IP, 2017.

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2017

Reprodução autorizada desde que a fonte seja citada, exceto para fins comerciais.



1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

INSEF 2015

Determinantes de Saúde

Um olhar atento à saúde dos portugueses

*Determinantes de saúde da população residente em Portugal,
em 2015, com idade entre os 25 e os 74 anos de idade.*

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP
2017

Índice

Lista de siglas e acrónimos	4
Sumário	5
Summary	9
Enquadramento geral	13
A informação de saúde e os Inquéritos com Exame Físico	13
O primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em Portugal	14
Referências	17
Participantes	19
Tabaco: consumo e exposição ambiental	21
Consumo excessivo de álcool numa única ocasião ou <i>binge drinking</i>	30
Atividades sedentárias durante o tempo de lazer e prática de exercício físico	36
Consumo de frutas e vegetais	42
Considerações finais	49
Referências	51
Anexos	53
Nota metodológica	53
Tabelas de resultados	54
Equipa	63
Agradecimentos	66

Lista de siglas e acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CAPI	<i>Computer Assisted Personal Interview</i>
CDC	<i>Centre for Disease Control and Prevention</i>
CS	Centro de Saúde
EEA Grants	Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu
EHES	<i>European Health Examination Survey</i>
EHIS	<i>European Health Interview Survey</i>
FEHES	<i>Feasibility of a European Health Examination Survey</i>
HbA1c	Hemoglobina Glicosilada
HDL	<i>High Density Lipoprotein</i>
INS	Inquérito Nacional de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
INSEF	Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
INSP	Instituto Norueguês de Saúde Pública
LDL	<i>Low Density Lipoprotein</i>
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSU	Unidade Primária de Amostragem (<i>Primary Sampling Unit</i>)
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RNU	Registo Nacional do Utente
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRS	Secretaria Regional da Saúde
SSU	Unidade Secundária de Amostragem (<i>Secondary Sampling Unit</i>)
TIPAU	Tipologia de Área Urbana

Sumário

Enquadramento

A importância da informação obtida através de inquéritos de saúde com exame físico realizados a amostras probabilísticas da população, de que o primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) é exemplo, resulta da utilização de métodos e instrumentos que resultam em informação com maior validade do que a reportada apenas pelos inquiridos.

O acolhimento da proposta do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), para um primeiro INSEF em Portugal, como parte integrante do Projeto Pré-Definido do Programa Iniciativas em Saúde Pública, financiado pelo Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu (EEA Grants) e operado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a posterior parceria com o Instituto Norueguês de Saúde Pública (INSP), e a colaboração com todas as regiões nacionais, constituem as fundações que permitiram a realização deste primeiro INSEF.

No presente relatório são apresentados os resultados relativos aos determinantes de saúde da população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos de idade, em 2015.

Materiais e métodos

O INSEF é um estudo epidemiológico observacional, transversal de base populacional, programado e realizado para ser representativo ao nível regional e nacional, com a finalidade de contribuir para melhorar a Saúde Pública e reduzir as desigualdades em saúde, através da disponibilização de informação epidemiológica de elevada qualidade sobre o estado de saúde, determinantes e utilização de cuidados de saúde pela população portuguesa.

A população alvo consistiu nos indivíduos entre os 25 e os 74 anos de idade, residentes em Portugal Continental ou nas Regiões Autónomas há mais de 12 meses, não-institucionalizados e com capacidade para acompanhar a entrevista em língua portuguesa. A amostra foi estratificada por região e área urbana/rural e constituída de forma probabilística em duas etapas.

O trabalho de campo decorreu entre fevereiro e dezembro de 2015 e foi realizado por equipas constituídas, formadas e treinadas especificamente para o efeito, num total de 117 profissionais.

Áreas de inquirição

O INSEF incluiu um conjunto de avaliações antropométricas e bioquímicas, e a aplicação de um questionário por entrevista pessoal assistida por computador (CAPI). A recolha de dados foi organizada em três componentes: 1) exame físico, que incluiu a medição da tensão arterial,

da altura, do peso e dos perímetros da cintura e da anca; 2) recolha de amostras de sangue para avaliação de parâmetros bioquímicos (colesterol total, LDL, HDL e triglicéridos), da hemoglobina glicosilada (HbA1c) e do hemograma; 3) questionário, com recolha de informação autorreportada sobre variáveis demográficas e socioeconómicas, estado de saúde, determinantes de saúde relacionados com comportamentos e utilização de serviços e cuidados de saúde, incluindo os cuidados preventivos.

Indicadores reportados no presente relatório

O presente relatório contém os resultados da área temática Determinantes de Saúde obtidos através de dados recolhidos na componente de entrevista.

Os resultados incluem a prevalência do consumo de tabaco e de exposição ao fumo ambiental de tabaco, a prevalência do consumo excessivo de álcool numa única ocasião (*binge drinking*) no ano anterior à entrevista, a prevalência de indivíduos com atividade física sedentária nos tempos livres, a prevalência de indivíduos que praticam exercício físico pelo menos uma vez por semana e a prevalência do consumo diário de frutas e de vegetais.

Análise estatística

Todos os indicadores incluídos no presente relatório foram estimados a nível nacional para subgrupos específicos da população, nomeadamente por região, sexo, grupo etário, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

Todas as estimativas pontuais apresentadas foram ajustadas utilizando pesos amostrais calibrados para a distribuição da população portuguesa, por sexo e grupo etário, em cada uma das 7 Regiões de Saúde para a estimativa da população residente em 2014.

Para a análise comparativa, as estimativas estratificadas por região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho foram padronizadas pelo método direto para a distribuição da população portuguesa (2014) por sexo e grupo etário.

Resultados principais

Durante o INSEF foram observados 4911 indivíduos (2265 homens: 46,1% e 2646 mulheres: 53,9%), na sua maioria naturais de Portugal (91,2%), casados ou em união de facto (70,0%), em idade ativa (84,3% com idade entre os 25 e os 64 anos), com um nível de escolaridade inferior ao ensino secundário (63,4%) e estando 11,2% desempregados.

O tabaco era consumido diariamente ou ocasionalmente por 28,3% da população masculina e por 16,4% da população feminina, observando-se a prevalência mais elevada no grupo etário entre os 25 e os 34 anos (45,6% nos homens e 25,1% nas mulheres) e a mais baixa no grupo etário entre os 65 e os 74 anos (10,8% nos homens e 2,5% nas mulheres). A Região Autónoma dos Açores (RAA) revelou prevalências mais elevadas nos homens (42,8%) e a região do Algarve nas mulheres (22,2%), independentemente da idade. Nas mulheres o consumo de tabaco aumentava com a escolaridade, enquanto nos

homens era mais prevalente nos grupos com escolaridade intermédia (2º ou 3º ciclo do ensino básico), independentemente da idade. Os desempregados apresentavam as prevalências mais elevadas em qualquer dos sexos (43,0% nos homens e 27,0% nas mulheres).

A exposição ao fumo ambiental do tabaco afetava 12,8% da população, sendo mais frequente entre os homens (14,9% vs 10,8%), na RAA (21,0%), na população com o 2º ou o 3º ciclo do ensino básico (16,6%) e nos desempregados (17,0%).

Cerca de um terço (33,8%) da população masculina referiu *binge drinking*, valor muito superior ao estimado para o sexo feminino (5,3%). Este tipo de consumo era mais prevalente no grupo etário mais jovem, tanto nos homens (51,9%) como nas mulheres (13,7%), diminuindo com a idade. A região do Alentejo e a Região Autónoma da Madeira (RAM) apresentavam as prevalências mais elevadas em qualquer dos sexos (homens: 51,6% e 49,9%; mulheres: 11,3% e 10,8%, respetivamente). A escolaridade mais elevada estava associada a uma maior prevalência deste tipo de comportamento (42,4% nos homens e 9,5% nas mulheres), independentemente da idade, sendo igualmente mais elevada a prevalência entre os homens profissionalmente ativos (41,0%) e entre as mulheres desempregadas (7,7%).

O sedentarismo nos tempos livres afetava 44,8% da população, com prevalência mais alta nas mulheres (48,5% vs 40,6%), no grupo etário entre os 55 e os 64 anos de idade (46,9%), na RAA (52,5%), na população com menor escolaridade (51,6%) e desempregada (46,9%). Cerca de um terço da população (34,2%) referia praticar,

pelo menos uma vez por semana, atividade física de forma a transpirar ou sentir cansaço, sendo esta prevalência mais elevada no sexo masculino (39,7%) e no grupo etário mais jovem (47,1%), diminuindo depois com a idade até 20,8% no grupo entre os 65 e os 74 anos de idade. A prevalência mais elevada de exercício físico de lazer (40,3%) observou-se na região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), assim como na população com ensino superior (49,6%) e profissionalmente ativa (38,4%).

Em 2015, 79,3% e 73,3% dos inquiridos consumiam diariamente fruta (excluindo sumos) e legumes ou vegetais (incluindo sopa), respetivamente. Estes valores eram mais elevados no sexo feminino (83,7% vs 74,4%, no caso do consumo de fruta e 80,1% vs 65,8%, no caso do consumo de legumes ou vegetais). O grupo etário mais jovem (25 a 34 anos) apresentava a menor prevalência de consumo diário de fruta (68,7%) e de legumes e vegetais (62,8%), aumentando estas prevalências com a idade. As prevalências mais baixas relativas ao consumo diário de fruta e de legumes ou vegetais foram observadas na RAA (69,1% e 57,7%, respetivamente) e as mais elevadas na região do Alentejo (85,5%) para o consumo de fruta e na região Centro (80,0%) para o consumo de legumes ou vegetais, posições relativas que não se alteraram após padronização para a idade. A população com escolaridade mais elevada apresentava prevalências mais elevadas relativas ao consumo de fruta (81,5%) e ao consumo de legumes e vegetais (80,0%). A população desempregada tinha as menores prevalências destes consumos (71,5% e 68,5%, respetivamente).

Conclusões principais

A informação obtida pelo primeiro INSEF é representativa da população portuguesa a nível nacional e de cada uma das suas 7 regiões e utilizou os métodos estabelecidos pelo *European Health Examination Survey* (EHES). O processo de inquérito envolveu desde o início a rede formada pelas 7 Regiões de Saúde de Portugal, o INSA, órgão do Ministério da Saúde e o INSP.

No que se refere aos determinantes de saúde são de realçar as elevadas frequências de sedentarismo nos tempos livres (44,8%), o *binge drinking*, reportado por 33,8% da população masculina, e a exposição ao fumo ambiental do tabaco, que afetava 12,8% da população.

A identificação de grupos com indicadores de saúde distribuídos de forma diferente a nível regional, ou nos subgrupos populacionais analisados, fornecem informação útil na priorização das intervenções e na quantificação de potenciais ganhos de saúde, como a população mais idosa, menos escolarizada ou desempregada que surgem, de modo geral, com indicadores de saúde mais desfavoráveis.

Summary

Background

The importance of information obtained from health examination surveys carried out on probabilistic samples of the population, such as the first National Health Examination Survey (INSEF), arises from the use of methods and tools that result in more accurate information than that reported only by the survey participants.

The approval of the proposal by the National Health Institute Doutor Ricardo Jorge (INSA) to perform the first INSEF in Portugal, as part of the Predefined Project of the Public Health Initiatives Program, funded by the Financial Mechanism of the European Economic Area (EEA Grants) and operated by the Central Administration of the Health System (ACSS), the subsequent partnership with the Norwegian Institute of Public Health, and the collaboration with all the national regions, constituted the foundations that enabled the realization of this first INSEF.

In this report, the results concerning health determinants of the population resident in Portugal, in 2015, aged from 25 to 74 years are presented.

Materials and methods

INSEF is an observational epidemiological, cross-sectional, population-based study designed to be representative at the regional and national level, which aims to improve public health and reduce health inequalities by providing high quality epidemiological information on health status,

health determinants and use of health care services by the Portuguese population.

The target population consisted of individuals aged between 25 and 74 years old, living in mainland Portugal or in the Autonomous Regions for more than 12 months, who were not institutionalized, and who were able to follow the interview in Portuguese. A two stage probabilistic sample stratified by region and by urban/rural area was designed.

Fieldwork took place between February and December of 2015 and was carried out by teams selected and trained for this purpose, in a total of 117 professionals.

Areas of the survey

INSEF included a set of anthropometric and biochemical measurements, in addition to a computer-assisted personal interview (CAPI). Data collection was organized in three major components: 1) physical examination, which included the measurement of blood pressure, height, weight and waist and hip circumferences; 2) collection of blood samples for the evaluation of biochemical parameters (total cholesterol, LDL, HDL and triglycerides), glycated hemoglobin (HbA1c) and a complete blood count; 3) questionnaire with selfreported information on demographic and socioeconomic variables, health status, health determinants, including health-related behaviors and use of health care services, including preventive care.

Indicators presented in this report

The present report contains the results of the Health Determinants thematic area of the survey, obtained through CAPI.

It includes the prevalence of tobacco consumption and exposure to environmental tobacco smoke, the prevalence of dangerous alcohol consumption (binge drinking) in the year preceding the interview, the prevalence of individuals with sedentary activities during leisure time, the prevalence of individuals who exercised at least once a week and the prevalence of daily consumption of fruits and vegetables.

Statistical analysis

All indicators included in this report were estimated at the national level and stratified by region, sex, age group, education level and employment status.

All presented point estimates were adjusted using sample weights obtained according to the sample design, adjusted for non-response by region strata and by typology of urban / rural area, and calibrated for the distribution of the Portuguese population by sex and age group of each of the five mainland health regions and of the 2 autonomous regions to the 2014 resident population estimate.

For comparative analysis, the estimates stratified by region, educational level and employment status were standardized for the distribution of the Portuguese population (2014) by sex and age group using the direct method.

Main results

During the INSEF fieldwork, 4911 individuals were observed (2265 men: 46.1% and 2646 women: 53.9%), mostly Portuguese (91.2%), married or in a marital relationship (70.0%), of working age (84.3% aged between 25 and 64 years), which had an educational level below the secondary level (63.4%) and 11.2% were unemployed.

Tobacco was consumed daily or occasionally by 28.3% of the male population and by 16.4% of the female population, with higher prevalence in the age group of individuals aged between 25 and 34 years old (45.6% in men and 25.1% in women) and lower in the age group of individuals aged between 65 and 74 years old (10.8% in men and 2.5% in women). The Autonomous Region of the Azores revealed the highest smoking prevalence among men (42.8%), and the Algarve Region (22.2%) among women, regardless of their age. In women smoking increased with the education level, while in men it was more prevalent among groups with intermediate education (2nd or 3rd cycle of basic education), regardless of their age. The unemployed had the highest smoking prevalence in either sex (43.0% in men and 27.0% in women).

The exposure to environmental tobacco smoke affected 12.8% of the population, being more frequent among men (14.9% vs 10.8%) in the Azores (21.0%) in the population with the 2nd or 3rd cycle of basic education (16.6%) and among the unemployed (17.0%).

About one-third (33.8%) of the male population reported binge drinking behavior at least once in the last 12 months, much higher than the estimated value for females (5.3%). This type of consumption was more prevalent in the younger age group, both in men (51.9%) and in women (13.7%), and decreased with age. The regions of Alentejo and Madeira had the highest prevalence in either of the sexes (males: 51.6% and 49.9%; women: 11.3% and 10.8%, respectively). Higher education was associated with a higher prevalence of this type of behavior (42.4% in men and 9.5% in women), regardless of age, and there were also higher prevalence among professionally active men (41.0%) and unemployed women (7.7%).

Sedentary lifestyle during leisure time was declared by 44.8% of the population, with a higher prevalence in women (48.5% vs 40.6%) in the age group between 55 and 64 years old (46.9%), in the Azores (52.5%), in the population with less education (51.6%) and in the unemployed (46.9%). About a third of the population (34.2%) reported practicing vigorous physical activity, at least once a week, being this prevalence higher in males (39.7%) and in the younger age group (47.1%), decreasing with age to 20.8% in the older age group (65 and 74 years). The highest prevalence of physical exercise practice during leisure time was observed in the Region of Lisbon and Tagus Valley (40.3%), as well as in the population with higher education (49.6%) and professionally active (38.4%).

In 2015, 79.3% and 73.3% of respondents consumed respectively fruit (excluding juices) and vegetables (including soup) daily, respectively.

These values were higher in females than in males (83.7% vs 74.4% for fruit and 80.1% vs 65.8% for vegetable consumption). The youngest age group (25-34 years old) had the lowest prevalence of daily consumption of fruit (68.7%) and vegetables (62.8%), values that increased with age. The lowest prevalence rates for the daily consumption of fruit and vegetables were observed in the Azores (69.1% and 57.7% respectively) and the highest in the Alentejo Region (85.5%) for fruit consumption and in the Centre Region (80.0%) regarding the consumption of vegetables. These relative positions do not change after age and sex standardization. The population with higher education had the highest prevalence of fruit (81.5%) and vegetables (80.0%) consumption. The unemployed population had the lowest prevalence of these consumptions (71.5% and 68.5%, respectively).

Key findings

The information obtained by the first INSEF is representative of the Portuguese population at national level and in each of its seven regions and used the methods recommended by the European Health Examination Survey (EHES). The survey process involved, since the beginning of the network, the seven Health Regions of Portugal, INSA, an agency of the Ministry of Health, and the Norwegian Institute of Public Health.

In particular, among the health determinants it is important to highlight the high frequency of sedentary lifestyle during leisure time (44.8%), hazardous drinking, reported by 33.8% of the male population, and the exposure to environ-

mental tobacco smoke, affecting 12.8% of the population.

The identification of groups with health indicators distributed differently at regional level, or in the population subgroups analyzed, provide useful information on the prioritization of interventions and quantification of potential health gains, such as in older people, less educated or unemployed displaying, in general, the most adverse health indicators.

Enquadramento geral

A informação de saúde e os Inquéritos com Exame Físico

A Saúde Pública constitui um tema crucial na agenda política europeia. Promover a saúde, prevenir as doenças, reduzir a morbilidade evitável, a mortalidade prematura e aumentar a capacidade funcional, são objetivos evidentes na política europeia. Neste contexto, o foco tem sido produzir e disponibilizar informação de saúde cientificamente válida, clara e atempada, de forma a apoiar o planeamento, a implementação e a avaliação das políticas, traduzidas em planos e programas de saúde ⁽¹⁾.

Os dados e a informação de saúde disponíveis nos diferentes países têm origem em diversas fontes primárias, principalmente do sector da saúde, como por exemplo, registos específicos de determinadas doenças, incluindo as de notificação obrigatória, ou das causas de morte; registos administrativos da utilização de cuidados e serviços de saúde; rastreios e dados de vigilância epidemiológica. Contudo, a informação obtida através destes instrumentos tem várias limitações: os registos são geralmente muito específicos na informação recolhida; os dados administrativos dependem das especificidades organizacionais das diferentes instituições, nem sempre permitindo a comparabilidade com dados externos e os rastreios e os sistemas de vigilância epidemiológica têm níveis de cobertura geográfica diferentes.

Estes aspetos são importantes para justificar o desenvolvimento dos inquéritos de saúde por entrevista, com recolha de informação diretamente a partir dos indivíduos ⁽²⁻⁴⁾.

Os inquéritos de saúde por entrevista são uma fonte relevante de dados pois permitem recolher informação reportada pelo próprio, abrangendo um leque vasto de aspetos em saúde, incluindo características do estado de saúde e de doença, incapacidade de curta e de longa duração, informação sobre fatores de risco, fatores protetores e determinantes de saúde, para além de informação relacionada com a utilização de serviços e de cuidados de saúde, incluindo práticas não médicas.

Desta forma, os inquéritos de saúde por entrevista de base populacional e âmbito nacional constituem uma fonte única de informação necessária para o conhecimento aprofundado e integração de vários aspetos sociais e económicos, comportamentais, estado de saúde, capacidade e funcionalidade, para além de aspetos relacionados com a utilização de cuidados de saúde pela população, permitindo identificar diferenças e desigualdades ^(5, 6).

Neste contexto, os inquéritos de saúde com exame físico complementam a informação recolhida através de questionário, com informação objetiva, através da medição direta de parâmetros biométricos, por exame físico, e parâmetros bioquímicos, obtidos através de análise laboratorial, geralmente de amostras de sangue, os quais fornecem informação mais válida e rigorosa.

Neste sentido, os inquéritos de saúde com exame físico têm maior potencial para obter dados que permitam estimativas da frequência real das variáveis em estudo numa determinada população, complementando os dados reportados pelo próprio e, por isso, sujeitos a vieses de memória, entre outros. Desta forma podem ser medidos e quantificados fatores e condições de saúde que o próprio participante desconhece, que não são registadas sistematicamente, ou cujo modo de registo não permita comparação ⁽⁷⁾.

A necessidade de indicadores de saúde objetivos e comparáveis entre os vários países europeus, para utilização no planeamento, implementação e avaliação das políticas de saúde da União Europeia, impulsionou a investigação sobre a necessidade, a exequibilidade e o desenvolvimento de um EHES ^(8, 9).

Em Portugal, este processo foi desenvolvido pelo INSA em colaboração com a Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, resultando na implementação de um inquérito piloto do EHES. Este inquérito seguiu as recomendações resultantes do Projeto *Feasibility of a European Health Examination Survey* (FEHES), com o objetivo de padronizar métodos e procedimentos para a implementação, execução, recolha, análise e comunicação dos dados obtidos ^(3, 8, 10). Conduzido entre maio e junho de 2010 no Centro de Saúde de São Brás de Alportel na região do Algarve, o EHES piloto inquiriu uma amostra de 220 indivíduos com 25 ou mais anos de idade ⁽¹¹⁾.

O primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em Portugal

Neste contexto surge o INSEF, parte integrante do projeto *“Improvement of epidemiological health information to support public health decision and management in Portugal. Towards reduced inequalities, improved health, and bilateral cooperation”*. O INSEF tem como parceiro o INSP e conta com a colaboração das 5 ARS do Continente e das 2 Secretarias Regionais de Saúde (SRS) das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Este projeto é financiado em 85% pelo Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu 2009-2014 através do Programa Iniciativas em Saúde Pública (EEA Grants), cujo operador é a ACSS, e decorreu entre 2013 e 2017.

Breve descrição dos métodos

Delineamento e implementação

O INSEF é um estudo transversal de base populacional, programado e realizado de forma a ser representativo a nível regional e nacional, tendo como finalidade contribuir para melhorar a Saúde Pública e reduzir as desigualdades em saúde, através da disponibilização de informação epidemiológica de elevada qualidade sobre o estado de saúde, determinantes de saúde e utilização de cuidados de saúde ^(12, 13).

A população alvo consistiu nos indivíduos com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos de idade, residentes em Portugal Continental ou nas Regiões Autónomas há mais de 12 meses, não-institucionalizados e que apresentassem capacidade para acompanhar a entre-

vista em língua portuguesa. A amostragem probabilística, por grupos, foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa foram selecionadas aleatoriamente como Unidades Primárias de Amostragem (PSU) as áreas de influência dos anteriormente denominados Centros de Saúde (CS). Na segunda etapa, em cada PSU foram selecionados aleatoriamente os indivíduos convidados a participar no inquérito, a partir do Registo Nacional do Utente (RNU) do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A dimensão da amostra foi estabelecida em 600 indivíduos para cada Região de Saúde do Continente ou Região Autónoma (4200 a nível nacional) de forma a permitir estimar uma prevalência esperada de 50%, com uma precisão absoluta de 5% para um intervalo de confiança a 95%, considerando um efeito do desenho da amostra de 1,5 ⁽¹²⁾.

O trabalho de campo decorreu entre fevereiro e dezembro de 2015, em 49 locais de observação (PSU), e foi realizado por equipas constituídas, formadas e treinadas especificamente para o efeito, cada uma composta por dois enfermeiros, um técnico de laboratório (ou outro enfermeiro) e um assistente técnico, num total de 117 profissionais.

Foram selecionados aleatoriamente 12289 indivíduos através do RNU, tendo sido possível contactar e confirmar os critérios de elegibilidade de 7802 utentes.

Para a recolha de dados foi agendada a participação de 5680 indivíduos, tendo-se obtido no final uma amostra com 4911 participantes, para os quais os procedimentos do INSEF (exame físico, colheita de sangue e entrevista) foram concretizados na íntegra.

Áreas temáticas e componentes avaliadas

As áreas de inquirição do INSEF abrangeram o estado de saúde da população portuguesa, os seus determinantes e a utilização de cuidados de saúde, incluindo os cuidados preventivos.

A seleção das áreas de inquirição e medição teve como base, por um lado, o Plano Nacional de Saúde 2013-2016 ⁽¹⁴⁾ e os 8 Programas de Saúde Prioritários do Ministério da Saúde ⁽¹⁵⁻²²⁾ e, por outro, os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) por entrevista realizados em Portugal, de forma a manter a possibilidade de avaliar a tendência temporal de indicadores de interesse.

A recolha de dados foi organizada em três grandes componentes:

- Exame físico, que incluiu a medição da tensão arterial, altura, peso e perímetros da cintura e da anca;
- Recolha de amostras de sangue para a avaliação de parâmetros bioquímicos (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos), HbA1c e hemograma;
- Questionário com recolha de informação autorreportada sobre variáveis demográficas e socioeconómicas, estado de saúde, determinantes de saúde relacionados com comportamentos, utilização de serviços e cuidados de saúde, incluindo os cuidados preventivos.

A escolha dos instrumentos incluídos no questionário, assim como dos parâmetros antropométricos e bioquímicos medidos, teve como base as recomendações dos projetos europeus FEHES, EHES piloto, os *European Health Interview Surveys* (EHIS), os questionários do INS

por entrevista anteriores e as necessidades de informação a nível nacional, expressas pelas Regiões de Saúde e por um conjunto de especialistas consultados para o efeito.

Informação mais detalhada sobre o delineamento, planeamento e implementação do INSEF pode ser consultada no seu Relatório Metodológico ⁽²³⁾.

Indicadores reportados no presente relatório

O conhecimento atualizado sobre os determinantes da saúde da população é fundamental para o planeamento, a monitorização e a avaliação dos planos de intervenção de âmbito nacional ou regional (como o Plano Nacional de Saúde e os Planos Regionais de Saúde) ou dirigidos especificamente a alguns fatores de risco de forma a reduzir as desigualdades em saúde ⁽¹⁴⁾.

A informação relativa à frequência e distribuição dos determinantes da saúde na população portuguesa permite realizar um diagnóstico da situação respeitante a um grande número de fatores que condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde da população portuguesa, através da descrição epidemiológica de indicadores chave.

Neste sentido, são apresentados neste relatório, os resultados relativos à prevalência de comportamentos de risco e de proteção para a doença, nomeadamente a prevalência do consumo de tabaco e de exposição ao fumo ambiental de tabaco, a prevalência de *binge drinking* no ano anterior à entrevista, a prevalência de indivíduos com atividade física sedentária nos tempos livres, a prevalência de indivíduos que praticam

exercício físico pelo menos uma vez por semana e a prevalência do consumo diário de frutas e de vegetais.

Análise estatística

Todos os indicadores (Anexo 1: nota metodológica) incluídos no presente relatório foram estimados a nível nacional e para subgrupos específicos da população, estratificados por região, sexo, grupo etário (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e 65-74), nível de escolaridade (sem escolaridade ou 1º ciclo, 2º ou 3º ciclo do ensino básico, ensino secundário e ensino superior) e situação perante o trabalho (indivíduos com atividade profissional remunerada, desempregados e sem atividade profissional remunerada *).

Para os indicadores referentes ao consumo de tabaco e *binge drinking*, os resultados apresentados foram estratificados por sexo.

Todas as estimativas pontuais apresentadas foram ajustadas utilizando pesos amostrais, obtidos em função do delineamento da amostra, ajustados para a não resposta, dentro de cada região por estrato rural e urbano, e calibrados para a distribuição da população portuguesa por sexo e grupo etário em cada uma das 5 Regiões de Saúde do Continente e das duas Regiões Autónomas ⁽²³⁾.

Para uma análise comparativa as estimativas de prevalência, estratificadas por região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho, foram padronizadas pelo método direto para a distribuição da população portuguesa (2014) por sexo e grupo etário ⁽²³⁾. Esta padronização foi efetuada

* Reformados/as, domésticas/os ou estudantes.

com o objetivo de minimizar as diferenças nas estimativas dos indicadores, atribuíveis às eventuais diferenças na distribuição por sexo e grupo etário. Desta forma, as estimativas padronizadas apenas devem ser utilizadas para efeitos de comparação entre as categorias da variável de estratificação e não como estimativas do indicador para a população alvo.

Adicionalmente, as estimativas pontuais apresentadas são acompanhadas dos respetivos intervalos de confiança a 95%, cuja variância da estimativa foi obtida pelo método de *Jackknife* ⁽²³⁾.

Referências

1. Decisão n.º 1786/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Setembro de 2002, que aprova um programa de ação comunitária no domínio da saúde pública (2003-2008). JO. 9.10.2002: L 271/1-11. <http://eur-lex.europa.eu/eli/dec/2002/1786/oj>
2. Nosikov A, Gudex C (eds). EUROHIS: developing common instruments for health surveys. Amsterdam, Netherlands: IOS Press, 2003. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/101193/WA9502003EU.pdf
3. Feasibility of a European Health Examination Survey (FEHES) Project. Finnish National Public Health Institute, 2008. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.ktl.fi/fehes/>
4. World Health Organization. Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Regional Publications, 1996. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/111149/E72841.pdf
5. Matias Dias C, Graça MJ. O Inquérito Nacional de Saúde: história, métodos e alguns resultados. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2000.
6. Matias Dias C. 25 anos de Inquérito Nacional de Saúde em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2009;Número Especial 25 anos da RPSP:51-60.
7. Tolonen H, Koponen P, Mindell J, et al. European Health Examination Survey towards a sustainable monitoring system. Eur J Public Health. 2014;24(2):338-44.
8. Kuulasmaa K, Tolonen H, Koponen P, et al. An overview of the European Health Examination Survey Pilot Joint Action. Arch Public Health. 2012;70(1):20.
9. Tolonen H, Koponen P, Aromaa A, et al. Recommendations for organizing a standardized European Health Examination Survey. Helsinki, Finland: National Institute of Public Health; 2008.
10. European Health Examination Survey (EHES) Project. National Institute for Health and Welfare of Finland; 2011. [Acedido em 10/05/2016]. <http://www.ehes.info/>

11. Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito de Saúde com Exame Físico - Relatório do estudo realizado em São Brás de Alportel. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2012.
12. Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Protocolo Científico do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2014.
13. Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Proposal for a Pre-defined project within the framework of the Norwegian Financial Mechanism - Improvement of epidemiological health information to support public health decision and management in Portugal. Towards reduced inequalities, improved health and bilateral cooperation. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2012.
14. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015. [Acedido em 18/01/2017]. <http://pns.dgs.pt/>
15. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.sns.gov.pt/programas-de-saude-prioritarios/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/>
16. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para a Diabetes. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>
17. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. [Acedido em 18/01/2017]. <http://sida.dgs.pt/>
18. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.dgs.pt/respire-bem1.aspx>
19. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/>
20. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para a Saúde Mental. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.saudemental.pt/>
21. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas.aspx>
22. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>
23. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): relatório metodológico. Lisboa: INSA IP, 2016. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/3832>

Participantes

A amostra final estudada pelo INSEF foi constituída por 4911 indivíduos, com idade entre os 25 e 74 anos, a residir em domicílios particulares em Portugal (Continente e Regiões Autónomas) à data da entrevista.

Considerando a distribuição da amostra em análise pelas principais variáveis sociodemográficas, verificou-se uma proporção muito semelhante de mulheres (53,9%) e de homens (46,1%) que participaram no estudo (**Tabela 1**). A larga maioria dos inquiridos nasceu em Portugal (91,2%) e cerca de dois terços referiu estar casada (64,7%).

A distribuição da amostra pelos cinco grupos etários variou entre 14,5% no grupo etário dos 25 aos 34 anos, e 24,3% no grupo etário entre os 45 e os 54 anos.

No que respeita às características socioeconómicas, observou-se que os indivíduos sem escolaridade ou com uma escolaridade equivalente ao 1º ciclo do ensino básico representaram 30,9% da amostra, superior à percentagem de indivíduos com o ensino secundário (19,5%) ou ensino superior (17,1%).

Quanto à situação perante o trabalho observou-se que 60,6% dos participantes tinha atividade profissional remunerada, 11,2% referiu estar desempregado e 28,2% encontrava-se sem atividade profissional remunerada.

As estimativas populacionais, obtidas após a aplicação dos ponderadores amostrais, originaram valores muito próximos das percentagens amostrais atrás descritas (obtidas sem aplicação dos ponderadores). Ao compararmos ambas as percentagens (não ponderadas e ponderadas), observa-se uma variação máxima de 4 pontos percentuais, nos diferentes estratos das variáveis sexo, estado civil, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

A diferença mais acentuada observou-se para o grupo etário mais jovem, que se encontra ligeiramente sub-representado na amostra INSEF. Este facto ilustra que a aplicação dos ponderadores amostrais permitiu, tal como é o seu objetivo, estabelecer a base para obter estimativas para a população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, sem a necessidade de uma calibração muito acentuada dos ponderadores amostrais. São essas estimativas que serão apresentadas em seguida neste relatório.

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos observados, percentagens não ponderadas e ponderadas*, para a população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos de idade, em 2015, segundo o sexo, grupo etário, estado civil, naturalidade, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

Taxas	Número de indivíduos observados (n)	Percentagem (%) não ponderada	Percentagem (%) ponderada*
Total	4911	–	–
Sexo			
Masculino	2265	46,1	47,5
Feminino	2646	53,9	52,5
Grupo etário			
25-34	714	14,5	18,3
35-44	1135	23,1	23,5
45-54	1193	24,3	22,4
55-64	1098	22,4	19,9
65-74	771	15,7	15,9
Estado civil			
Solteiro/a	822	16,7	20
Casado/a	3175	64,7	64,2
Divorciado/a	408	8,3	7,0
Viúvo/a	248	5,1	4,6
União de facto	258	5,3	4,2
Naturalidade			
Portugal	4477	91,2	89,9
Outro	434	8,8	10,1
Nível de escolaridade			
Nenhum/1º ciclo do ensino básico	1516	30,9	27,7
2º ou 3º ciclo do ensino básico	1595	32,5	31,5
Ensino secundário	958	19,5	21,4
Ensino superior	838	17,1	19,4
Situação perante o trabalho			
Com atividade profissional	2975	60,6	61,9
Desempregados	549	11,2	11,3
Sem atividade profissional **	1384	28,2	26,8

* Percentagens ponderadas para o delineamento da amostra, não resposta, dentro de cada região por estrato rural/urbano e calibradas para a distribuição da população com idade entre os 25 e os 74 anos, residente em cada região, por sexo e grupo etário.

** A categoria sem atividade profissional incluiu os reformados/as, domésticas/os e estudantes.

Tabaco: consumo e exposição ambiental

Principais resultados

■ Consumo de tabaco

- Em 2015, 28,3% (IC_{95%}: 25,4 a 31,4) dos homens e 16,4% (IC_{95%}: 14,1 a 19,0) das mulheres, com idade entre os 25 e os 74 anos, referiram ser fumadores diários ou ocasionais.
- A prevalência do consumo de tabaco diminuiu com a idade, tanto nos homens como nas mulheres, variando nos homens entre 45,6% (dos 25 aos 34 anos) e 10,8% (dos 65 aos 74 anos) e nas mulheres entre 25,1% (dos 25 aos 34 anos) e 2,5% (dos 65 aos 74 anos).
- As regiões onde a prevalência de consumo de tabaco era mais elevada foram a RAA no caso dos homens (42,8%) e a região do Algarve no caso das mulheres (22,8%). A prevalência mais baixa de consumo de tabaco foi observada para os homens na região Centro (23,9%) e para as mulheres na RAM (9,9%). Todas estas diferenças se mantiveram após padronização para o grupo etário.
- Nos homens o consumo de tabaco era mais prevalente nos dois níveis escolares intermédios (2º ou 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário), enquanto nas mulheres se verificou que, com exceção do ensino superior, a prevalência aumentava com o nível de escolaridade. Para ambos os sexos, este comportamento da prevalência do consumo de tabaco manteve-se após padronização para o grupo etário, embora com menor variação.
- A prevalência do consumo de tabaco era superior nos indivíduos desempregados, comparativamente aos indivíduos com atividade profissional remunerada, em ambos os sexos (43,0% vs 31,4% nos homens e 27,0% vs 20,3% nas mulheres), diferenças que aumentaram após padronização para o grupo etário.

■ Exposição a fumo ambiental de tabaco

- Em 2015, 12,8% (IC_{95%}: 11,2 a 14,6) da população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos, declarou estar exposta a fumo de tabaco durante pelo menos 1 hora por dia em casa, no trabalho, em transportes ou noutros espaços públicos. Esta exposição era mais prevalente entre os homens (14,9%) do que entre as mulheres (10,8%) e diminuiu com a idade, de 19,8% no grupo etário dos 25 aos 34 anos até 3,9% nos mais idosos (65 a 74 anos).
- Em termos regionais a prevalência de exposição ao fumo ambiental de tabaco era mais elevada na RAA (21,0%) e mais reduzida na região Centro (7,5%).
- Relativamente ao nível de escolaridade, observou-se uma diminuição das prevalências padronizadas de exposição ao fumo do tabaco em função do aumento do nível de escolaridade.

Enquadramento

O tabagismo é um problema global de Saúde Pública, estimando-se que tenha sido responsável por 100 milhões de mortes no século XX ⁽¹⁾. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o tabaco é responsável pela morte de 6 milhões de pessoas por ano, das quais mais de 5 milhões são devidas ao uso direto do tabaco e pelo menos 600.000 são consequência direta da exposição ao fumo ambiental do tabaco ⁽²⁾.

O consumo e a exposição ao fumo ambiental do tabaco são reconhecidos fatores de risco para diversas doenças, em especial as doenças do aparelho respiratório e do aparelho cardiovascular, sendo o seu consumo a primeira causa de doença, incapacidade e morte prematura nos países mais desenvolvidos ^(1, 2).

As graves consequências associadas tanto ao consumo, como à exposição, justificam que um dos Programas Nacionais de Saúde prioritários em Portugal tenha como alvo este determinante da saúde ⁽³⁾.

Em Portugal, o 5º INS realizado em 2014 ⁽⁴⁾ estimou a prevalência de consumo diário de tabaco na população com 15 ou mais anos de idade em 16,8%, valor inferior ao estimado pelo 4º INS (2004/2005), cuja prevalência de fumadores diários foi de 20,9% ⁽⁵⁾. Estes valores aproximam-se dos observados pelo Eurobarómetro de 2008, que estimou em Portugal uma percentagem de fumadores diários com 15 ou mais anos de idade de 22%, inferior aos 26% de fumadores estimados para a UE27 ⁽⁶⁾.

Resultados da mesma fonte indicam que, relativamente à exposição ambiental, Portugal apresentou, comparativamente à média europeia

(UE27, 27%), uma menor percentagem (15%) da população exposta diariamente a fumo de tabaco em casa ⁽⁶⁾. No entanto, a exposição no local de trabalho durante 5 ou mais horas por dia foi ligeiramente superior (6%) à média dos 27 países europeus (5%).

A diminuição do consumo e da exposição ao fumo ambiental do tabaco suportada pelos resultados dos INS de 2004/2005 e de 2014, poderá ser reflexo das alterações legislativas para o controlo do consumo e exposição ao fumo ambiental de tabaco. Em Portugal entrou em 2007 em vigor a Lei nº 37/2007 de 14 de agosto, alterada pela Lei nº 109/2015 de 26 de agosto, que aprova as normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco ^(7, 8).

No INSEF a população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos foi caracterizada quanto à prevalência de fumadores diários ou ocasionais, estratificando-se por sexo os resultados apresentados. Apresentam-se, igualmente, os resultados relativos à exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa, em locais públicos ou no local de trabalho, durante pelo menos uma hora por dia.

Resultados

Consumo de tabaco

Os resultados do INSEF revelaram que, em 2015, 28,3% (IC_{95%}: 25,4 a 31,4) dos homens e 16,4% (IC_{95%}: 14,1 a 19,0) das mulheres residentes em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos fumava diária ou ocasionalmente (**Figura 1 e Figura 2**).

Em ambos os sexos, a prevalência de consumo diário ou ocasional de tabaco era mais elevada entre os indivíduos com idade compreendida entre os 25 e os 34 anos (45,6% no sexo mascu-

lino e 25,1% no feminino), decrescendo até ao grupo etário dos 65 aos 74 anos (10,8% no sexo masculino e 2,5% no feminino) (Figuras 1 e 2).

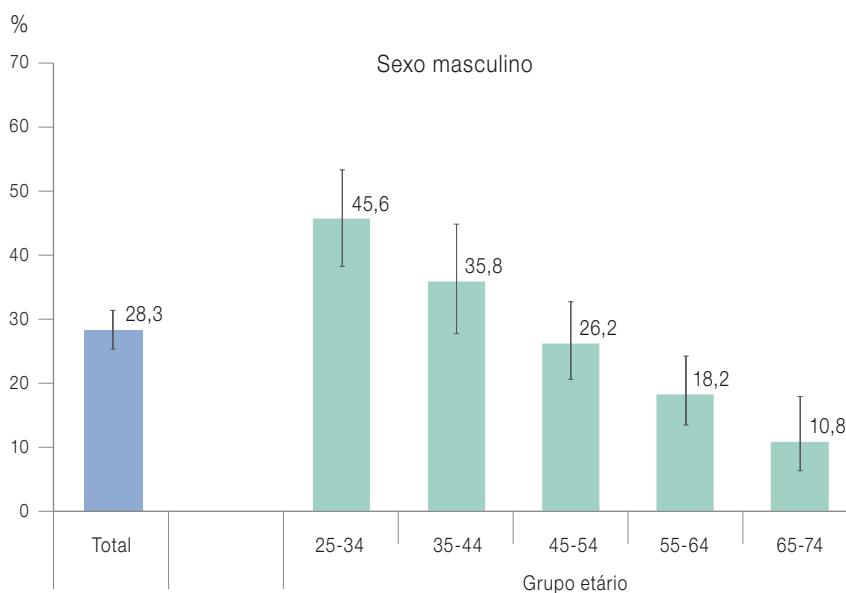


Figura 2 – Distribuição da prevalência de consumo de tabaco diário ou ocasional na população residente em Portugal do sexo masculino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por grupo etário.

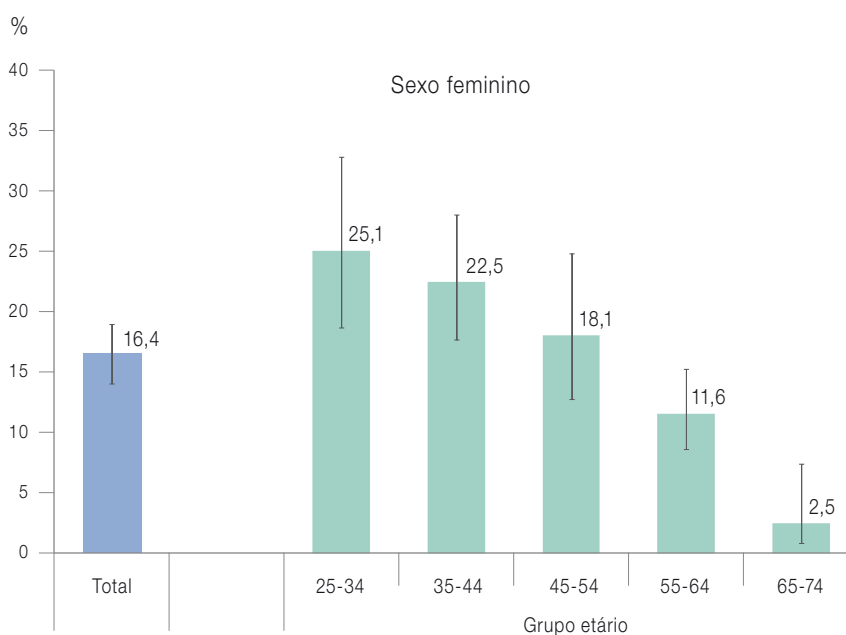


Figura 1 – Distribuição da prevalência de consumo de tabaco diário ou ocasional na população residente em Portugal do sexo feminino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por grupo etário.

Exposição ao fumo ambiental do tabaco

A prevalência de indivíduos que declararam estar expostos ao fumo ambiental do tabaco durante pelo menos 1 hora por dia em casa, no trabalho ou em locais públicos, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos foi de 12,8% (IC_{95%}: 11,2 a 14,6). Este valor era mais elevado no sexo masculino (14,9%) do que no feminino (10,8%) e, de forma geral, diminuía com a idade (Figura 3).

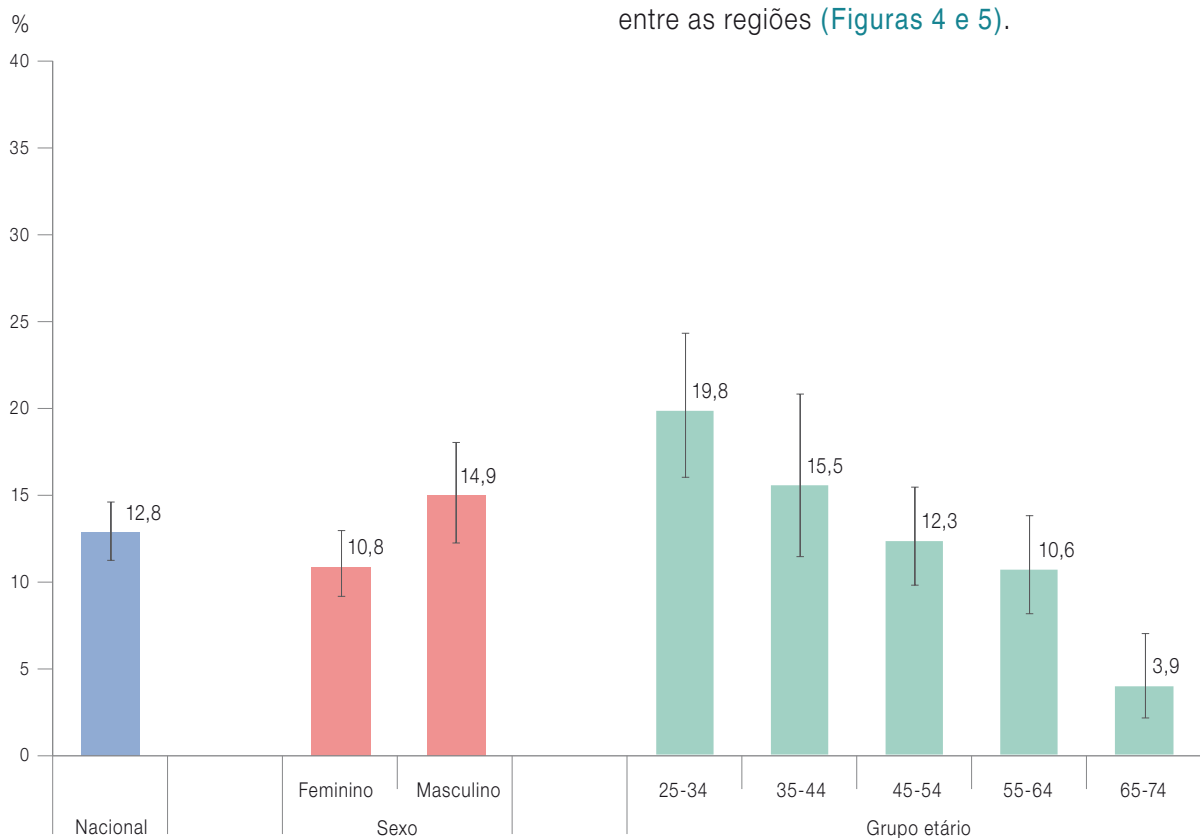


Figura 3 – Distribuição da prevalência de indivíduos que declararam estar expostos, durante pelo menos 1 hora por dia, a fumo ambiental de tabaco em casa, no trabalho ou em locais públicos, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.

Por região

Consumo de tabaco

Em ambos os sexos, a prevalência de consumo de tabaco diário ou ocasional variava substancialmente entre as diferentes regiões. Nos homens a prevalência do consumo de tabaco mais elevada foi observada na RAA (42,8%), e para as mulheres a prevalência mais elevada foi observada na região do Algarve (22,8%). Entre os homens a menor prevalência foi observada na região Centro (23,9%), enquanto que entre as mulheres foi observada na RAM (9,9%). A padronização por grupo etário não alterou substancialmente os resultados obtidos para o consumo de tabaco nas diferentes regiões, mantendo-se na maioria dos casos as diferenças já descritas entre as regiões (Figuras 4 e 5).

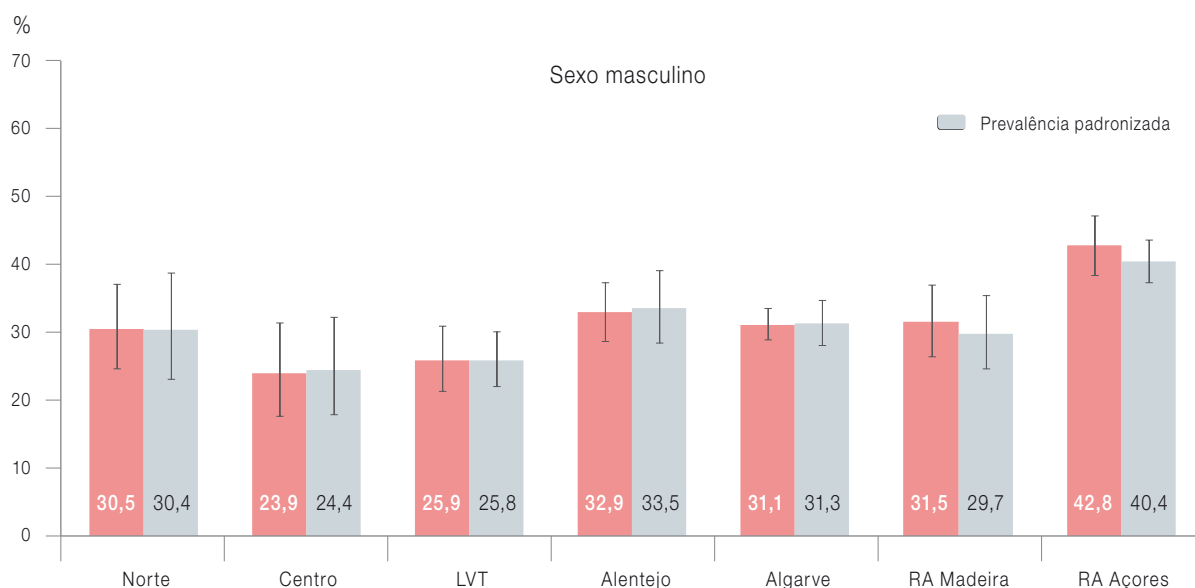


Figura 4 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para grupo etário) de consumo de tabaco diário ou ocasional na população residente em Portugal do sexo masculino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

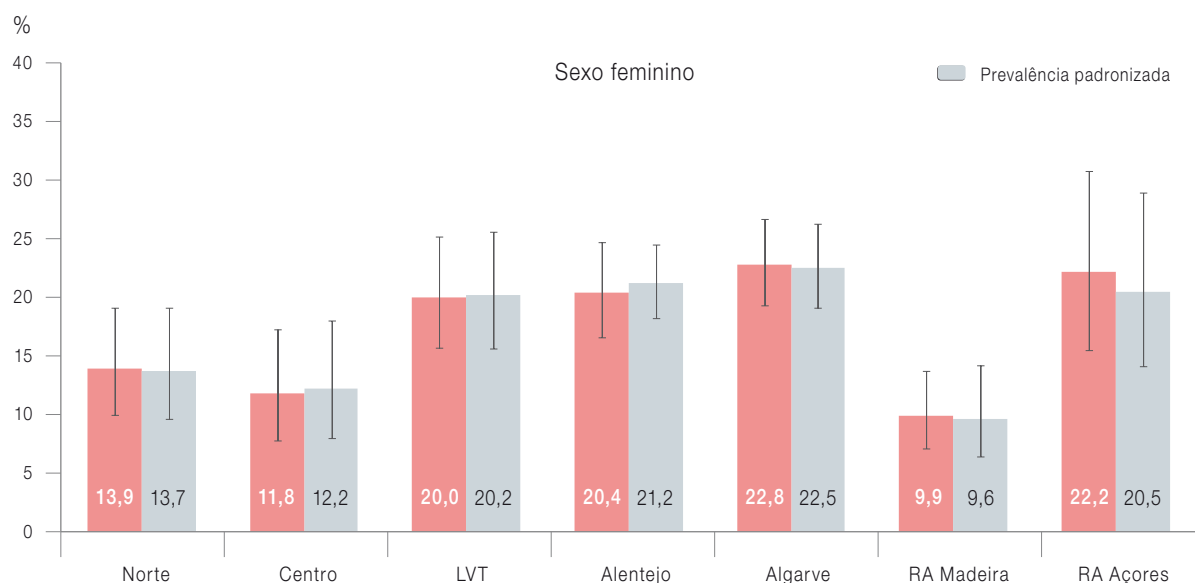


Figura 5 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para grupo etário) de consumo de tabaco diário ou ocasional na população residente em Portugal do sexo feminino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

Exposição ao fumo ambiental do tabaco

A exposição ao fumo ambiental do tabaco, durante pelo menos uma hora por dia, foi reportada mais frequentemente na RAA (21,0%) e menos

frequentemente na região Centro (7,5%). A variação nas estimativas após padronização por sexo e grupo etário foi insignificante (Figura 6).

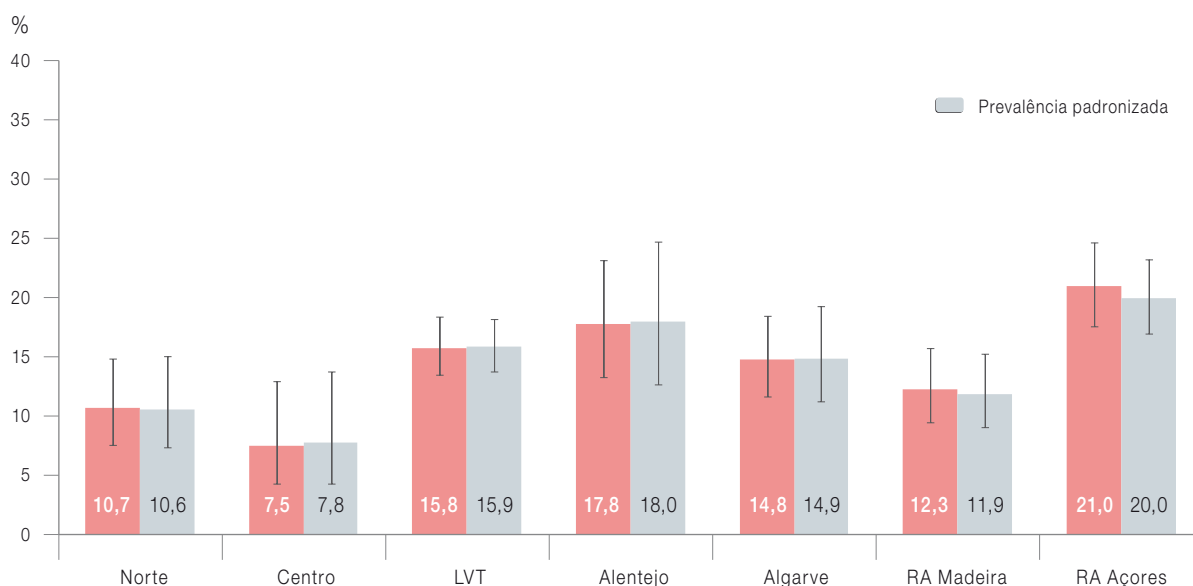


Figura 6 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam estar expostos, durante pelo menos 1 hora por dia, a fumo ambiental de tabaco em casa, no trabalho ou em locais públicos, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

Por nível de escolaridade e situação perante o trabalho

Consumo de tabaco

A prevalência do consumo de tabaco era menor na população com menor nível de escolaridade (sem escolaridade ou com até 4 anos de escolaridade), quer no sexo masculino (18,4%), quer no feminino (7,2%). Por outro lado, a prevalência mais elevada de fumadores observou-se na população masculina com o 2º ou o 3º ciclo do ensino básico (37,4%), seguindo-se os homens com o ensino secundário (28,8%). No sexo feminino, a prevalência mais elevada observou-se na população com o ensino secundário (22,1%), seguindo-se a população com ensino superior (20,6%).

A padronização para o grupo etário resultou na diminuição da diferença das prevalências entre os diferentes níveis de escolaridade, sendo de referir que a prevalência de fumadores no nível de escolaridade mais baixo aumentou,

aproximando-se da observada nos restantes níveis de escolaridade (Figuras 7 e 8).

Em ambos os sexos, a prevalência de fumadores era mais elevada na população desempregada (43,0% entre os homens e 27,0% entre as mulheres) e menor nos indivíduos sem atividade profissional (12,7% nos homens e 4,7% nas mulheres).

Na população masculina sem atividade profissional, a padronização para o grupo etário resultou num aumento apreciável da prevalência de fumadores de 12,7% para 27,4%. Pelo contrário, a remoção do efeito da idade não resultou em alterações apreciáveis nas estimativas da prevalência do consumo de tabaco na população feminina pelas categorias da situação perante o trabalho (Figuras 7 e 8).

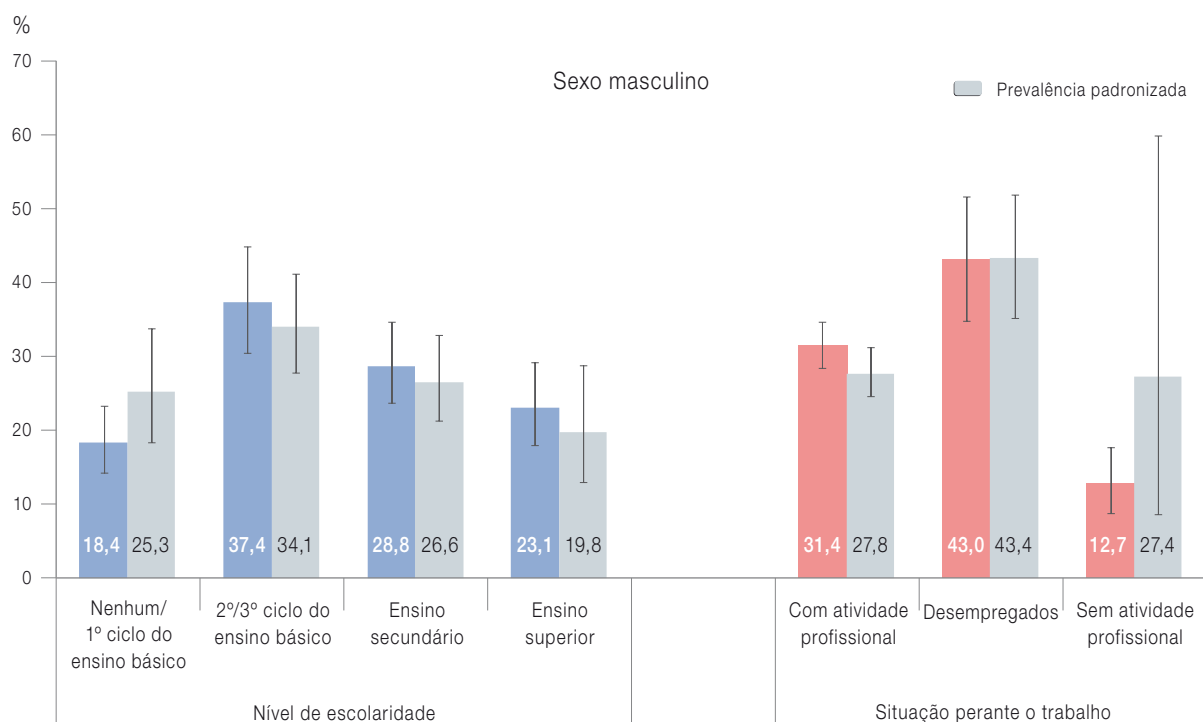


Figura 7 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para grupo etário) de consumo de tabaco diário ou ocasional na população residente em Portugal do sexo masculino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

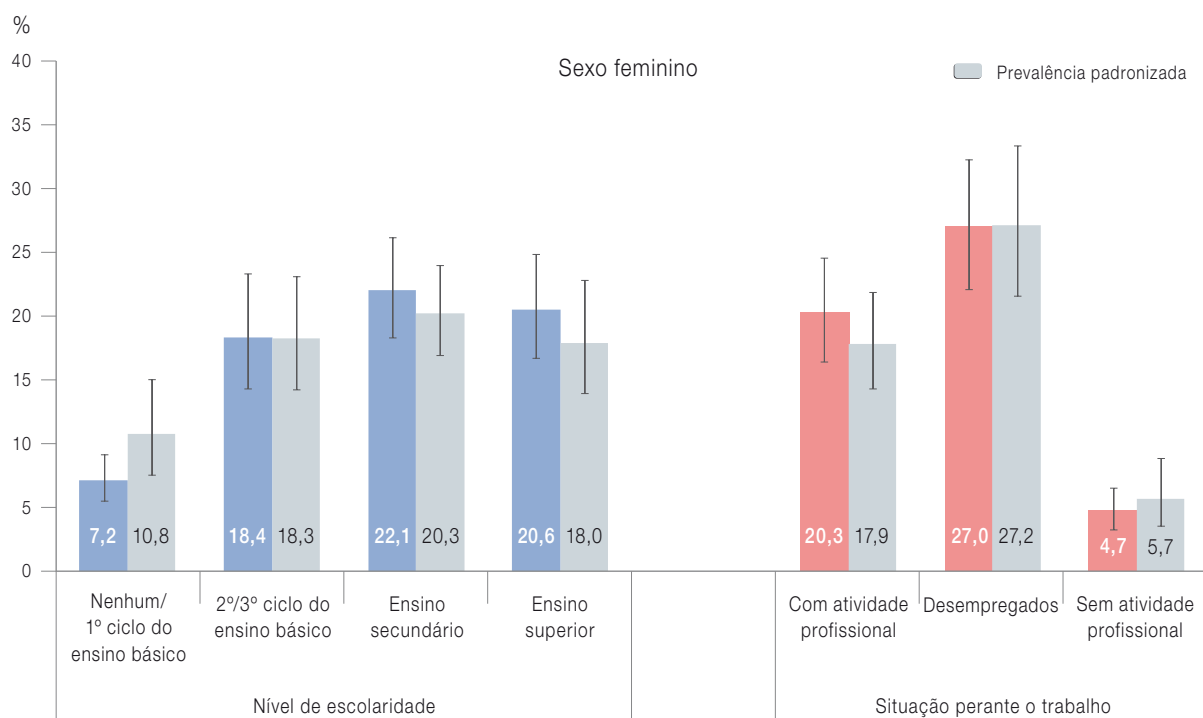


Figura 8 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para grupo etário) de consumo de tabaco diário ou ocasional na população residente em Portugal do sexo feminino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

Exposição ao fumo ambiental do tabaco

A prevalência de exposição ao fumo ambiental do tabaco variou entre 9,7% para a população com o nível de escolaridade mais baixo (até ao 1º ciclo) e 16,6% para o grupo com o 2º ou o 3º ciclo do ensino básico, diferença que se acentuou após padronização para o grupo etário e sexo (Figura 9).

A prevalência da exposição era mais elevada nos desempregados (17%), seguindo-se os indivíduos com atividade profissional (14,5%) e os indivíduos sem atividade profissional (6,9%). Após padronização para o sexo e o grupo etário, apenas se verificou uma alteração substancial nos indivíduos sem atividade profissional remunerada, o que levou a uma redução das diferenças observadas entre as prevalências brutas (Figura 9).

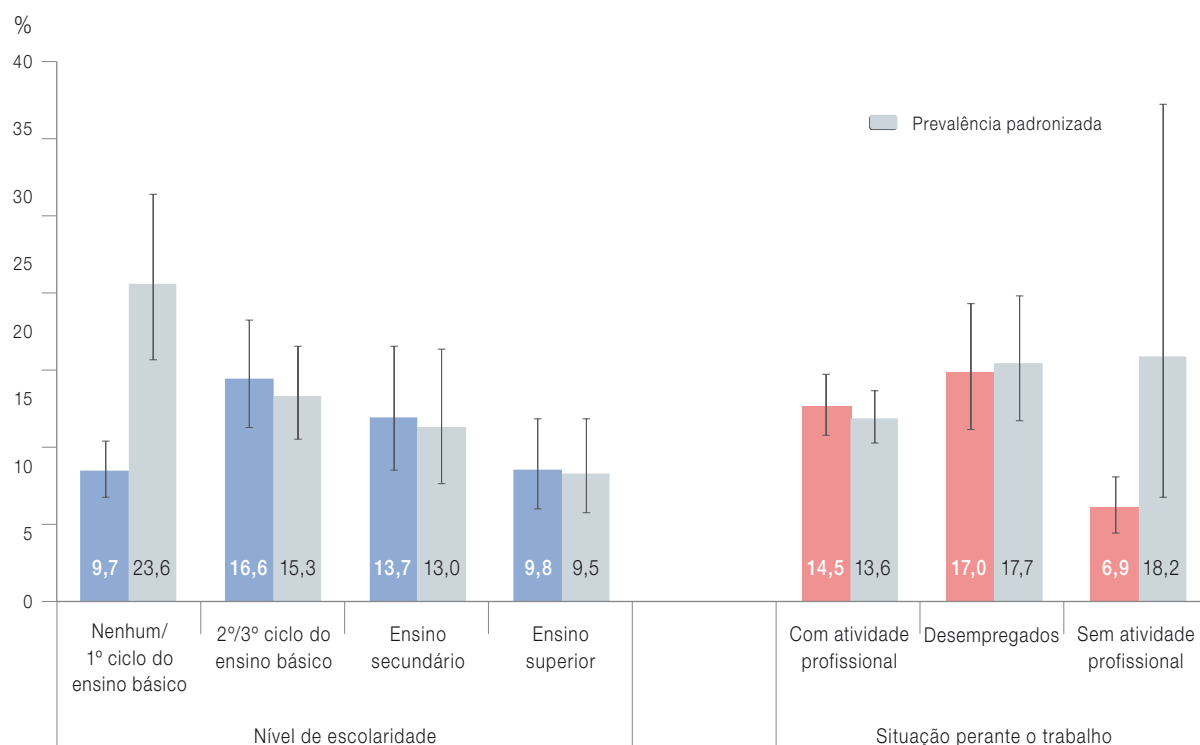


Figura 9 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam estar expostos a fumo ambiental de tabaco em casa, no trabalho ou em locais públicos, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

Comentários

Quando comparada com dados apurados pelo último INS (INS 2014) ⁽⁴⁾ a prevalência de consumo de tabaco, diário ou ocasional, estimada pelo INSEF em 2015, foi ligeiramente inferior no sexo masculino (28,3% vs 31,2%) e superior no sexo feminino (16,4% vs 14,9%)^{*}.

No caso dos indivíduos expostos de forma passiva ao fumo de tabaco em casa, no local de trabalho ou em locais públicos, pelo menos 1 hora por dia, a prevalência foi de 12,8%, valor superior ao observado no 5º INS de 2014 para a população com 15 ou mais anos (8,6%) ⁽⁴⁾. A percentagem de indivíduos expostos foi superior na população masculina, com 14,9%, comparativamente a 10,8% na população feminina.

Quer a prevalência do consumo de tabaco quer a prevalência da exposição passiva ao fumo do tabaco decresceram com o aumento da idade, tanto no sexo masculino, como no sexo feminino. A prevalência do consumo foi mais elevada nos indivíduos entre os 25 e os 34 anos (45,6% para os homens e 25,1% para as mulheres), diminuindo com o aumento da idade. No entanto, o 4º INS (2005/2006) revelou prevalências mais elevadas nos grupos etários intermédios, nomeadamente no grupo dos 35 aos 44 anos, tanto nos homens (44,6%) como nas mulheres (20,9%) ⁽⁵⁾.

A RAA destacou-se das restantes regiões não só pela maior prevalência de fumadores na população masculina (e segunda maior na população feminina), mas também por ser aquela onde se observou a maior prevalência de indivíduos expostos ao fumo ambiental do tabaco. As prevalências não sofreram alterações apreciáveis após padronização para o grupo etário

e para o sexo. Estes resultados são consistentes com os observados no Inquérito Regional dos Açores de 2014, que estimou uma prevalência de consumo de tabaco diário de 37,7% nos homens e 19,3% nas mulheres ⁽⁹⁾.

Após padronização para o grupo etário, a menor prevalência de fumadores foi observada nos homens com ensino superior, facto que havia sido igualmente observado em 2004 pelo 4º INS (2005/2006), onde se verificou um decréscimo da prevalência de fumadores para a população masculina a partir do 9º ano de escolaridade ⁽⁵⁾. Pelo contrário, no sexo feminino a prevalência aumentava com o aumento do nível de escolaridade, tal como observado no 4º INS (2005/2006) e, com exceção das mulheres com mais de 12 anos de escolaridade ⁽⁵⁾.

Relativamente à situação perante o trabalho, verificou-se para ambos os sexos, uma prevalência mais elevada de fumadores no grupo dos desempregados, o que está de acordo não só com resultados de outros estudos a nível nacional ⁽⁵⁾ como a nível internacional ⁽¹⁾.

Embora as amostras, métodos de recolha e grupos etários em análise sejam diferentes, os resultados obtidos pelo INSEF são concordantes com os resultados obtidos pelos INS, em que as prevalências de fumadores e as prevalências de exposição ao fumo ambiental do tabaco são mais elevadas no sexo masculino, nos grupos etários mais jovens, nos desempregados e na RAA.

* Valores calculados pelo Departamento de Epidemiologia do INSA para o grupo etário dos 25 aos 74 anos com base na amostra do INS 2014 (INE/INSA).

Consumo excessivo de álcool numa única ocasião ou *binge drinking*

Principais resultados

- A prevalência de indivíduos do sexo masculino residentes em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, que declararam ter bebido pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista, seis ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (*binge drinking*) foi de 33,8% (IC_{95%}: 31,9 a 35,8), valor muito superior ao estimado para o sexo feminino de 5,3% (IC_{95%}: 4,2 a 6,5).
- A prevalência deste padrão de consumo foi mais elevada no grupo etário dos 25 aos 34 anos (51,9% no sexo masculino e 13,7% no sexo feminino).
- A distribuição geográfica da prevalência de *binge drinking* revelou acentuadas assimetrias, tendo-se observado o valor mais elevado na região do Alentejo, tanto para o sexo masculino (51,6%) como para o sexo feminino (11,3%). Por outro lado a prevalência mais baixa foi observada na região Norte, tanto no sexo masculino (25,5%) como no sexo feminino (1,6%).
- A menor prevalência de *binge drinking* foi observada entre a população com menor nível de escolaridade, tanto no sexo feminino (1,5%) como no sexo masculino (21,2%), resultado que se manteve após padronização para a idade.

Enquadramento

O *binge drinking*, ou consumo excessivo de álcool numa única ocasião, é definido como o consumo de pelo menos 60 gramas de etanol numa única ocasião ⁽¹⁰⁾ e está associado ao aumento do risco de doença coronária, doenças mentais, maior stress psicológico e défice cognitivo, comportamentos de risco, gravidezes não planeadas e perturbações sociais ⁽¹¹⁾.

Em Portugal, o combate ao consumo de álcool encontra-se enquadrado no Plano de Ação contra o Alcoolismo aprovado em 2000 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 de novembro) ⁽¹²⁾. Em 2002, foi aprovado o Decreto Lei n.º 9/2002 ⁽¹³⁾ que prevê a restrição ao acesso de

álcool através da imposição de uma idade mínima para aquisição de bebidas alcoólicas, do estabelecimento de horários e locais para consumo e do aumento de preços. Em 2013, o Decreto Lei n.º 50/2013 ⁽¹⁴⁾ reviu o documento legislativo anterior com o aumento da idade mínima (16 para 18 anos) para aquisição de determinadas bebidas alcoólicas (destiladas e espirituosas), o reforço de medidas de fiscalização por parte das autoridades e restrições à venda em certos locais. De referir, ainda, o recentemente publicado Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013/2020 (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas De-

pendências (SICAD) 2015)⁽¹⁵⁾ no qual está prevista uma avaliação do Decreto-Lei 50/2013⁽¹⁴⁾, tendo como objetivo futuros ajustamentos de forma a contribuir para a redução do consumo excessivo de álcool.

Os dados relativos à prevalência de *binge drinking* em Portugal foram reportados pelo SICAD. Um estudo realizado em 2012⁽¹⁶⁾ registou uma frequência de *binge drinking* de 12,1% para a população entre os 15 e os 64 anos de idade. Em 2014, segundo o 5º INS, 33,2% da população com idade igual ou superior a 15 anos tinha consumido 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião nos 12 meses anteriores à entrevista⁽⁴⁾.

Dada a importância deste indicador, o INSEF analisou a prevalência de *binge drinking* na população portuguesa. Para o efeito, os participantes foram inquiridos sobre a frequência com que, nos 12 meses anteriores à entrevista, tinham consumido 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião. Neste relatório, o indicador escolhido corresponde à prevalência de

indivíduos que adotaram este comportamento pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista.

Resultados

Observou-se que a prevalência de *binge drinking* era superior no sexo masculino, com uma prevalência reportada de 33,8% (IC_{95%}: 31,9 a 35,8) em comparação com 5,3% (IC_{95%}: 4,2 a 6,5) no sexo feminino (Figuras 10 e 11).

Verificou-se uma redução gradual na prevalência deste comportamento com o aumento da idade. Assim, 51,9% dos homens com idade compreendida entre os 25 e os 34 anos referiram ter tido este comportamento pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista, comparativamente com 11,0% nos indivíduos com idade entre os 65 e os 74 anos. No sexo feminino, observou-se a mesma tendência, com uma diminuição consistente da prevalência de 13,7% no grupo etário dos 25 aos 34 anos, até 0,1% no grupo etário dos 65 aos 74 anos (Figuras 10 e 11).

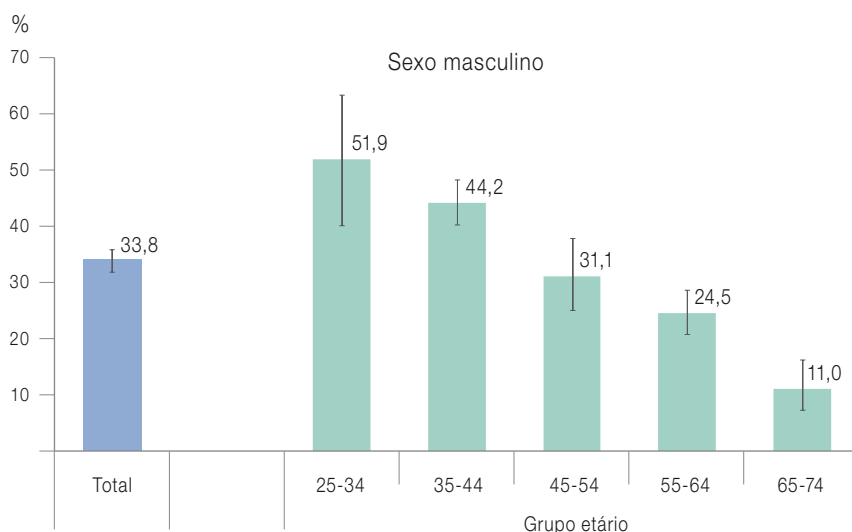


Figura 10 – Distribuição da prevalência de consumo, pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista, de 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (*binge drinking*), na população residente em Portugal do sexo masculino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por grupo etário.

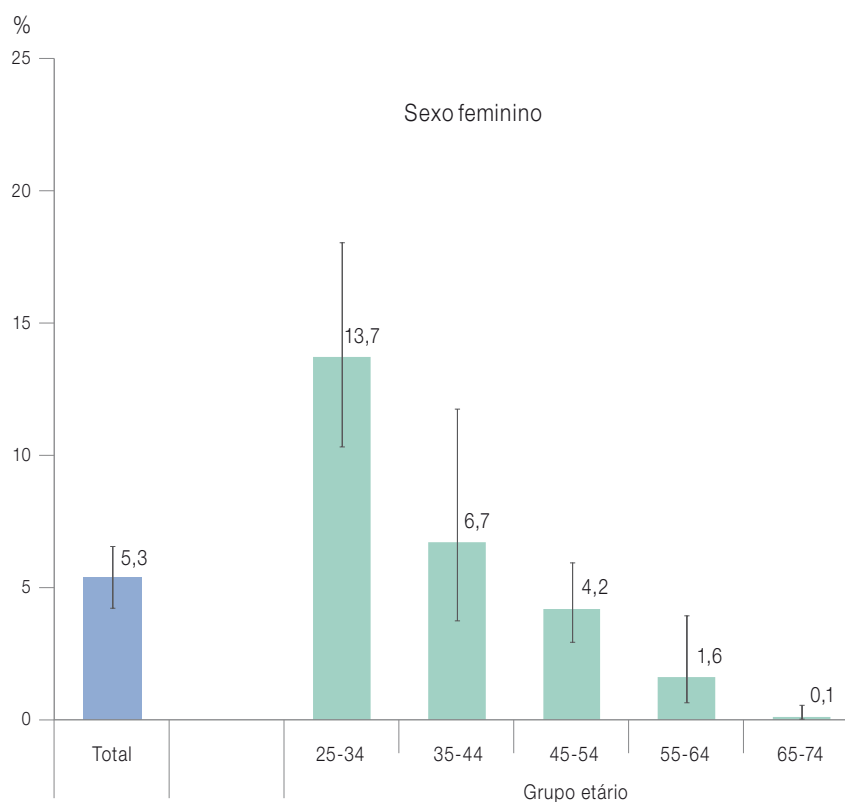


Figura 11 – Distribuição da prevalência de consumo, pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista, de 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (*binge drinking*), na população residente em Portugal do sexo feminino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por grupo etário.

Por região

Relativamente ao sexo masculino a maior prevalência de *binge drinking* observou-se na região do Alentejo (51,6%) e a menor na região Norte (25,5%). Verificou-se ainda que as estimativas padronizadas para o grupo etário não alteraram substancialmente os resultados, continuando a observar-se a prevalência mais elevada na região do Alentejo (Figura 12).

Do mesmo modo, no sexo feminino, a região do Alentejo revelou a maior prevalência deste padrão de consumo (11,3%), seguida pela RAM (10,2%). A menor prevalência de *binge drinking* foi observada na região Norte (1,6%). Após padronização para o grupo etário as prevalências mantiveram esta hierarquia (Figura 13).

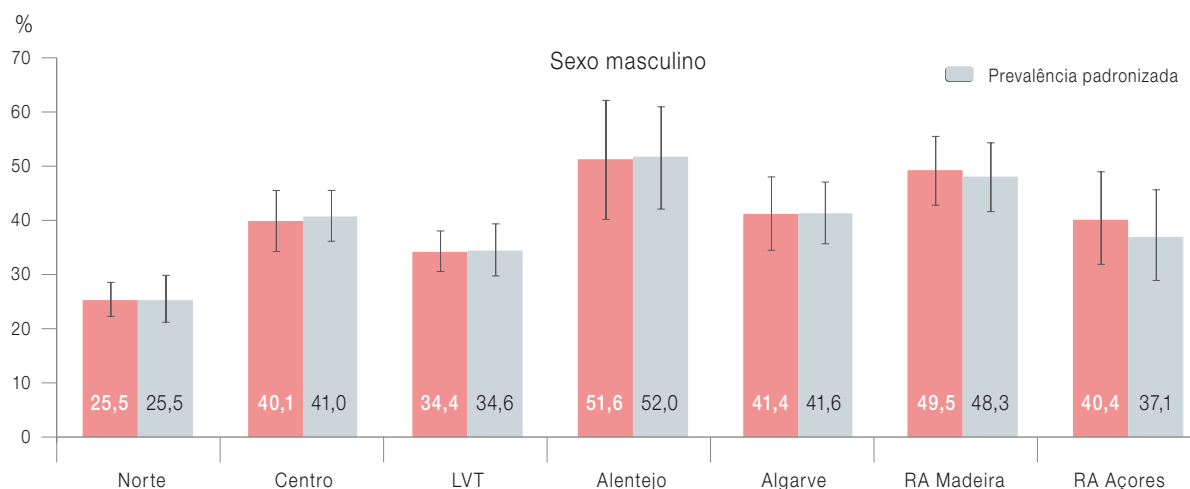


Figura 12 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para grupo etário) de consumo, pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista, de 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (*binge drinking*), na população residente em Portugal do sexo masculino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

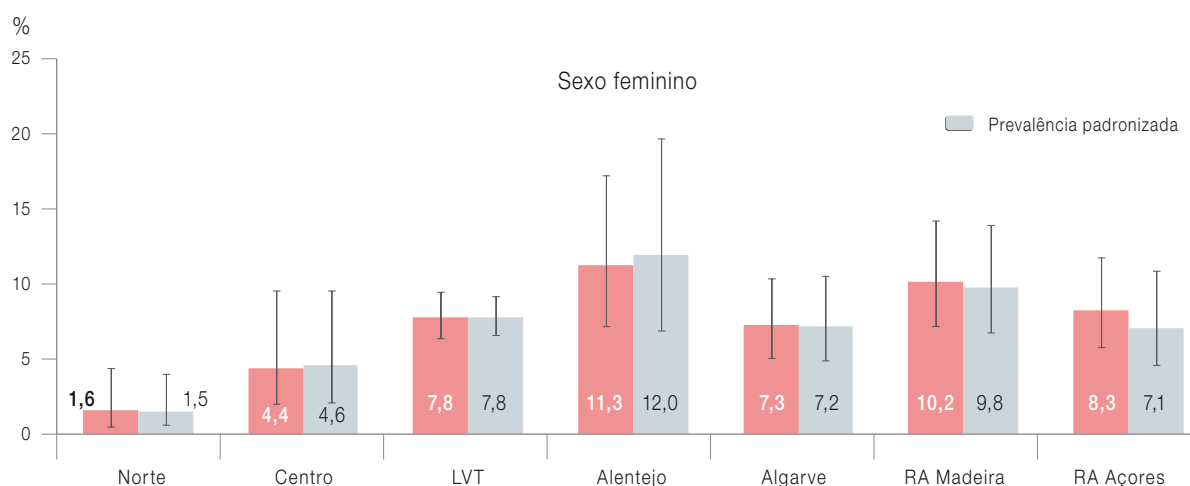


Figura 13 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para grupo etário) de consumo, pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista, de 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (*binge drinking*), na população residente em Portugal do sexo feminino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

Por nível de escolaridade e situação perante o trabalho

Em ambos os sexos, as prevalências estimadas indicam que à medida que a escolaridade aumenta, aumenta a frequência de *binge drinking*. Assim, observou-se que a prevalência nos homens com o ensino superior foi quase o dobro face aos que tinham apenas o ensino básico ou aos que não tinham qualquer nível de ensino (42,4% vs 21,2%). (Figura 14). Nas mulheres, apesar destes valores serem menores, também

se verificou o acréscimo gradual da prevalência com o nível de escolaridade. As mulheres com ensino superior reportaram uma prática de *binge drinking* de 9,5% por oposição a 1,5% das com o ensino básico ou sem instrução (Figura 15).

Após padronização, no sexo feminino, o aumento com o grau de instrução manteve-se, embora as prevalências tenham diminuído. No sexo mascu-

lino, o incremento no consumo foi menor, mas a prevalência mais elevada observou-se nos homens com ensino secundário.

Relativamente à situação perante o trabalho, verificou-se que, ao contrário do sexo feminino, onde a prevalência era mais elevada nas mulhe-

res desempregadas (7,7%), este padrão de consumo tinha uma maior frequência nos homens profissionalmente ativos (41%). Após a padronização das taxas, verificou-se a mesma tendência, embora com uma redução para 6,8% e 38,1%, respetivamente (Figuras 14 e 15).

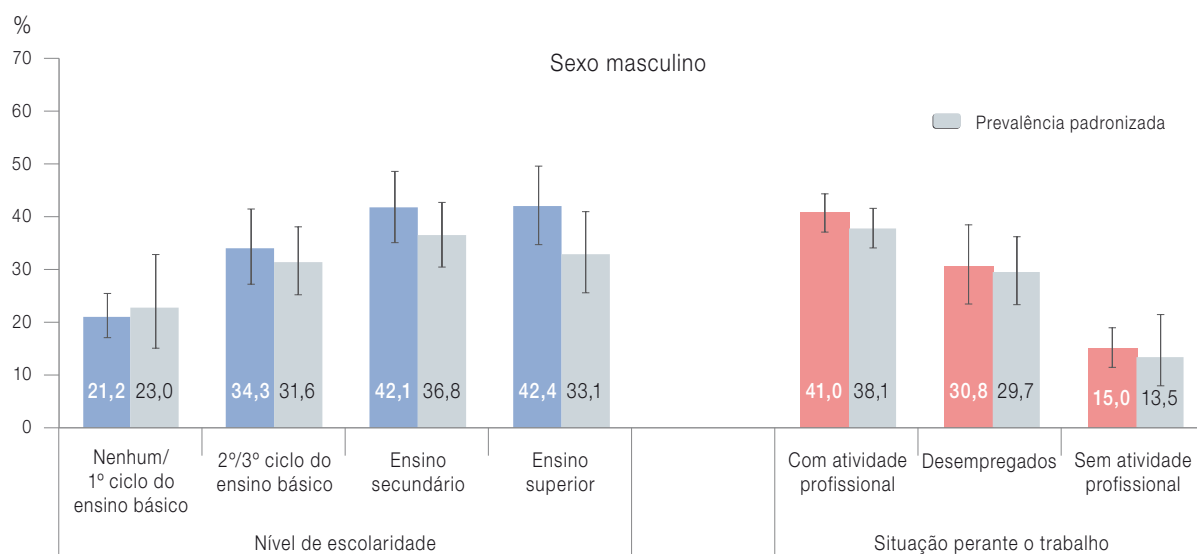


Figura 14 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para grupo etário) de consumo, pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista, de 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (*binge drinking*), na população residente em Portugal do sexo masculino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

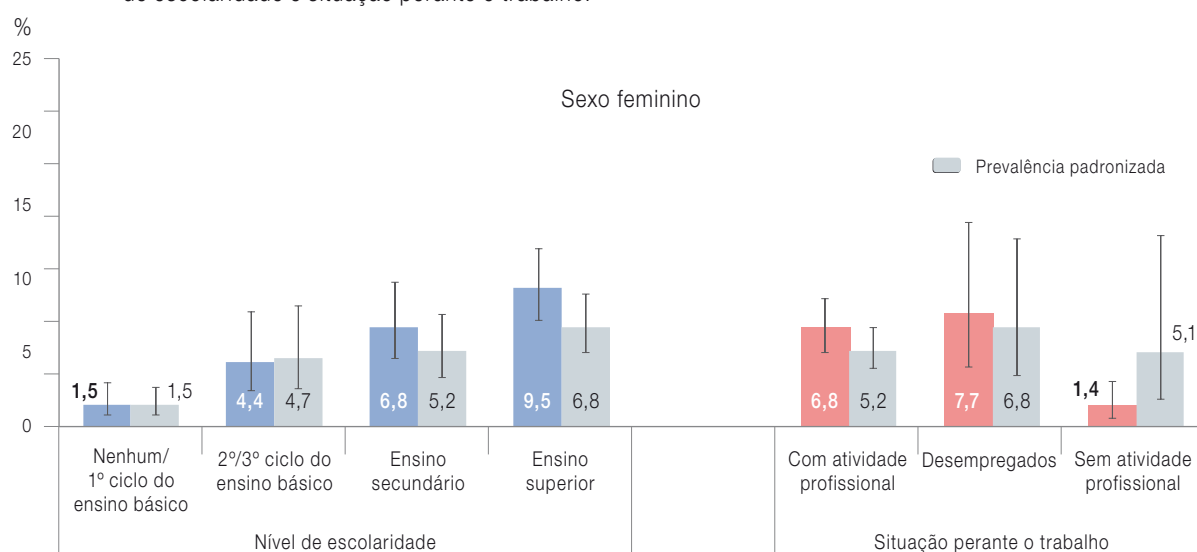


Figura 15 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para grupo etário) de consumo, pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista, de 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (*binge drinking*), na população residente em Portugal do sexo feminino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

Comentários

Os resultados obtidos pelo INSEF indicam uma maior prevalência de *binge drinking* no sexo masculino do que no feminino, bem como nos indivíduos com um nível de escolaridade mais elevado. Também se verificou que o grupo etário mais jovem apresentava a prevalência mais elevada, em qualquer um dos sexos. Embora os valores obtidos pelo INSEF sejam mais elevados, este padrão vai ao encontro do reportado no relatório elaborado pelo SICAD com dados de 2012⁽¹⁶⁾. Mais especificamente, no INSEF a prevalência de *binge drinking* nos homens, variou entre 51,9% (no grupo etário entre os 25 e os 34 anos) e 24,5% (no grupo etário entre os 55 e os 64 anos) em comparação com 30,6% e 10,1%, respetivamente, no estudo do SICAD. Nas mulheres, a prevalência de *binge drinking* no INSEF variou entre 13,7% (no grupo etário entre os 25 e os 34 anos) e 1,6% (no grupo etário entre os 55 e os 64 anos) contra 6,4% e 0,4%, respetivamente, no estudo do SICAD de 2012⁽¹⁶⁾.

Por outro lado, com o limite de 6 bebidas para homens e mulheres, tal como no INSEF, o 5º INS de 2014⁽⁴⁾ reporta uma variação da prevalência de *binge drinking* de 47,9% (no grupo etário entre os 25 e os 34 anos) a 27,7% (no grupo etário entre os 25 e os 34 anos), para a população geral. Em termos gerais, apesar de com valores pontuais da prevalência diferentes, todos os inquéritos apresentam um decréscimo da prevalência com a idade.

Desta forma, constatamos que o *binge drinking* se observa principalmente nos adultos entre os 25 e os 34 anos do sexo masculino. Note-se ainda que os homens adultos com maior nível de escolaridade referiram este comportamento mais frequentemente, embora após padronização o *binge drinking*

passasse a ser mais frequentemente observado entre os que têm o ensino secundário. Por outro lado, este padrão era mais frequente nas mulheres com ensino superior, o que pode indiciar padrões de consumo diferentes para os dois géneros.

A região do Alentejo também se destacou como a região com maior prevalência deste comportamento, por oposição à região Norte, o que pode estar relacionado com fatores sociais e culturais regionais.

Atividades sedentárias durante o tempo de lazer e prática de exercício físico

Principais resultados

■ Sedentarismo em tempo de lazer

- De acordo com o INSEF, a prevalência de indivíduos residentes em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, que declararam que a situação que melhor descrevia as suas atividades nos tempos livres era “Ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias” foi de 44,8% (IC_{95%}: 41,1 a 48,5).
- A prevalência da prática de atividades sedentárias durante o tempo dedicado ao lazer foi mais elevada no sexo feminino do que no sexo masculino (48,5% vs 40,6%), e mais baixa nos indivíduos entre os 25 e os 34 anos em ambos os sexos (41,4%).
- A região do país com maior prevalência de atividades sedentárias durante o tempo de lazer foi a RAA (52,5%), tendo a menor sido observada na região Centro (33,8%). Estas diferenças não foram alteradas após padronização para o sexo e o grupo etário.
- Relativamente à escolaridade, foram observadas diferenças na distribuição da prevalência de atividades sedentárias no tempo de lazer, tendo esta diminuído com o nível de escolaridade (51,6%: sem escolaridade ou 1º ciclo vs 38,9%: ensino superior). Esta variação não se alterou após padronização.

■ Exercício físico

- A prevalência de indivíduos residentes em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, que declararam praticar, pelo menos uma vez por semana, alguma atividade física regular de forma a transpirar e/ou sentir cansaço foi de 34,2% (IC_{95%}: 31,4 a 37,1).
- A prevalência da prática de exercício físico era superior no sexo masculino (39,7% vs 29,2%) e diminuía de forma consistente com a idade (47,1% nos indivíduos entre os 25 e os 34 anos vs 20,8% nos indivíduos entre os 65 e os 74 anos).
- Em termos regionais, foi a região de LVT que apresentou a maior prevalência de prática de exercício físico (40,3%). Pelo contrário, a menor prevalência foi observada na Região Centro (28,0%). Estas diferenças mantiveram-se após padronização para o sexo e o grupo etário.
- A população com grau de instrução ao nível do ensino superior apresentava a prevalência de prática de exercício físico mais elevada (49,6%), sendo o valor mais baixo observado na população sem escolaridade ou apenas com o 1º ciclo do ensino básico (18,8%). Esta amplitude de variação manteve-se praticamente inalterada após padronização.

Enquadramento

A nível mundial, o sedentarismo foi identificado como o quarto fator de risco que mais contribui para a mortalidade global, estimando-se que cerca de 3,2 milhões de mortes por ano são atribuíveis a atividade física insuficiente ⁽¹⁷⁾. O estilo de vida da sociedade contemporânea contribui para hábitos de vida menos ativos e consequentemente menos saudáveis. Paralelamente, observa-se um aumento de doenças cardiovasculares, cancro e diabetes, que poderiam ser parcialmente evitáveis com uma vida fisicamente mais ativa ⁽¹⁸⁾. A atividade física reduz a tensão arterial, melhora os níveis de colesterolémia e glicemia, preserva ou potencializa a mineralização óssea e reduz a probabilidade de ocorrência de cancro do cólon e da mama, no caso das mulheres. Contribui também para a preservação da função cognitiva e para a diminuição do risco de depressão, demência, *stress* e ansiedade, além de promover uma melhor qualidade do sono e auto-estima ⁽¹⁹⁾. Nas pessoas idosas, a atividade física está associada a uma redução do risco de queda e de limitações funcionais globais ^(20, 21). Contudo, a extensão dos benefícios depende de fatores individuais e do tipo, duração e frequência da atividade física realizada. A OMS recomenda uma prática acumulada de, pelo menos, 150 minutos de atividade física moderada semanal, ou de 75 minutos de atividade vigorosa, ou alguma combinação equivalente ⁽²⁰⁾.

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte num aumento do gasto energético ⁽²⁰⁾. É, por isso, um conceito abrangente e não se limita ao exercício físico que, apesar de ser uma forma de atividade física, requer um planeamento estruturado e dirigido à

melhoria ou manutenção da performance do indivíduo ^(20, 21).

Têm sido desenhados vários instrumentos para medir os níveis de atividade física na população. Não obstante, aferir este indicador é uma tarefa complexa, nomeadamente em estudos observacionais de base populacional. No INSEF recorreu-se às perguntas utilizadas no 3º INS de 1998-1999 ⁽²²⁾, anteriormente usadas em vários Inquéritos de Saúde Dinamarqueses ⁽²³⁾ e sugeridas pela OMS em 1996 ⁽²⁴⁾. A principal razão para usar este instrumento foi a possibilidade de comparação dos resultados com os obtidos em 1998-99 pelo 3º INS, assim como a sua maior facilidade de aplicação num inquérito geral de saúde.

Para este relatório foram selecionados dois indicadores diferentes, um para avaliar o sedentarismo e outro para avaliar a prática de exercício físico. Mais especificamente, estimou-se a prevalência de indivíduos que declararam que a situação que melhor descrevia as suas atividades durante o tempo dedicado ao lazer era “Ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias” como indicador de sedentarismo, e a prevalência de indivíduos que se dedicavam a atividade física regular pelo menos uma vez por semana de forma a sentir cansaço e/ou suar como indicador de prática de exercício físico.

Resultados

Sedentarismo em tempo de lazer

No total 44,8% (IC_{95%}: 41,1 a 48,5) dos indivíduos residentes em Portugal, com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos, reportaram que a situação que melhor descrevia as suas atividades

nos tempos livres era “Ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias”. A prevalência de sedentarismo durante o tempo livre era mais elevada no sexo feminino do que no masculino (48,5% vs 40,6%). Em termos etários, a prevalência variou entre 41,4%, entre os indivíduos com idade compreendida entre os 25 e os 34 anos, e 46,9% entre os indivíduos pertencentes ao grupo etário entre os 55 e os 64 anos (Figura 16).

Exercício Físico

A prevalência de prática de atividade física regular (de forma a suar e/ou sentir cansaço) pelo menos uma vez por semana foi de 34,2% (IC_{95%}: 31,4 a 37,1), sendo mais elevada no sexo masculino (39,7%) e no grupo etário entre os 25 e os 34 anos (47,1%), decrescendo gradualmente com a idade até ao grupo etário entre os 65 e os 74 anos, onde se observou a menor prevalência (20,8%) (Figura 17).

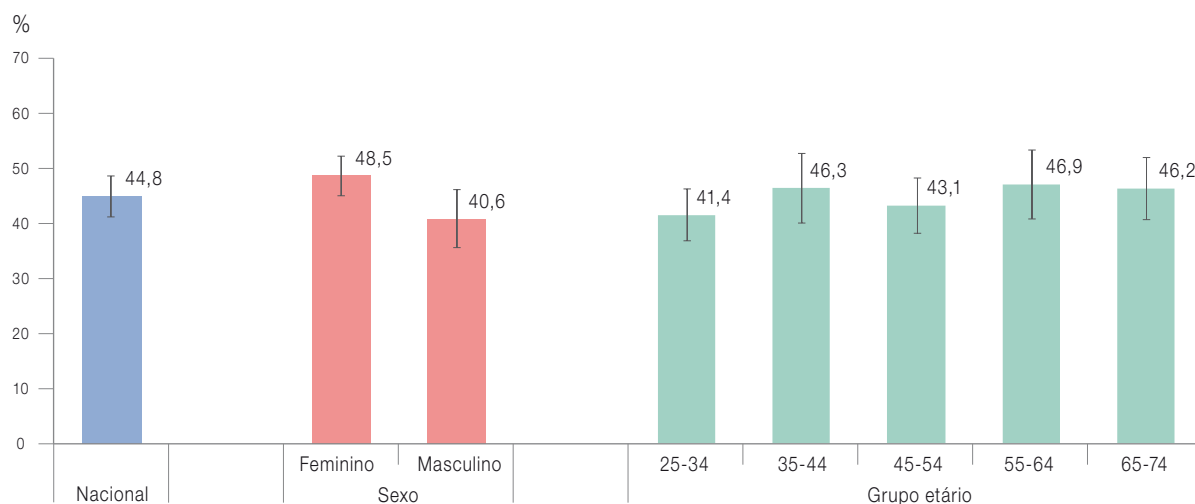


Figura 16 – Distribuição da prevalência de indivíduos que declararam que a situação que melhor descrevia as suas atividades durante os tempos livres era “Ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias”, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.

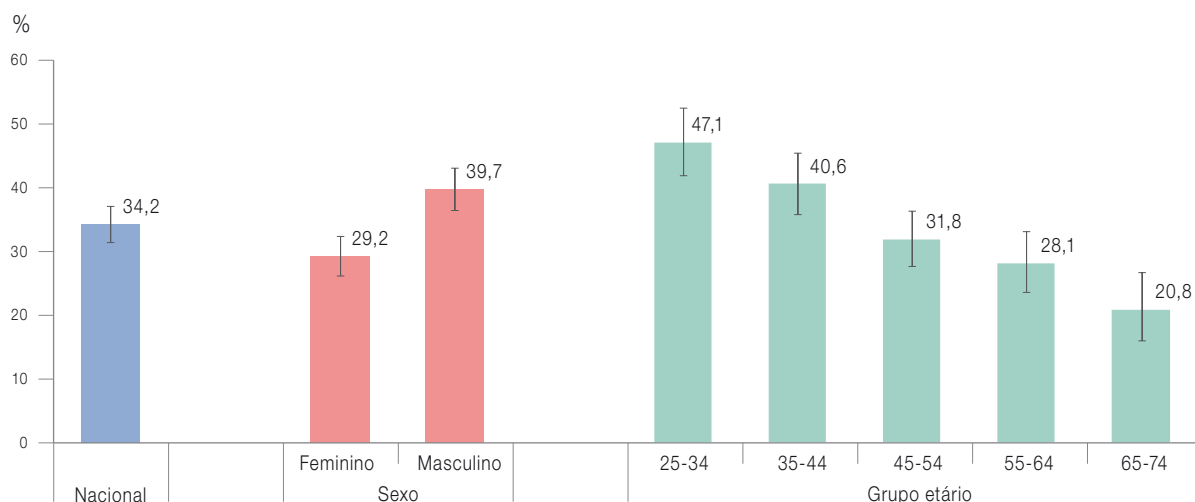


Figura 17 – Distribuição da prevalência de indivíduos que reportaram dedicar-se a alguma atividade física regular (como correr, andar de bicicleta ou outras) de forma a suar e/ou sentir cansaço, pelo menos uma vez por semana, i.e. exercício físico, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.

Por região

Sedentarismo em tempo de lazer

A prevalência mais elevada de sedentarismo durante o tempo de lazer observou-se na RAA (52,5%) e a menor na região Centro (33,8%). A região de LVT registou a segunda prevalência mais elevada de sedentarismo (49,4%), seguida pelas Regiões Norte (45,8%) e do Alentejo (42,9%). Depois de padronizadas para o sexo e o grupo etário não se verificaram alterações significativas nas prevalências estimadas (Figura 18).

Exercício Físico

A região de LVT revelou a prevalência mais elevada da prática de exercício físico (40,3%), seguida pela região do Algarve (39,9%). A menor prevalência foi observada na Região Centro (28,0%). De forma semelhante, após padronização para o sexo e grupo etário, não se observaram variações substanciais (Figura 19).

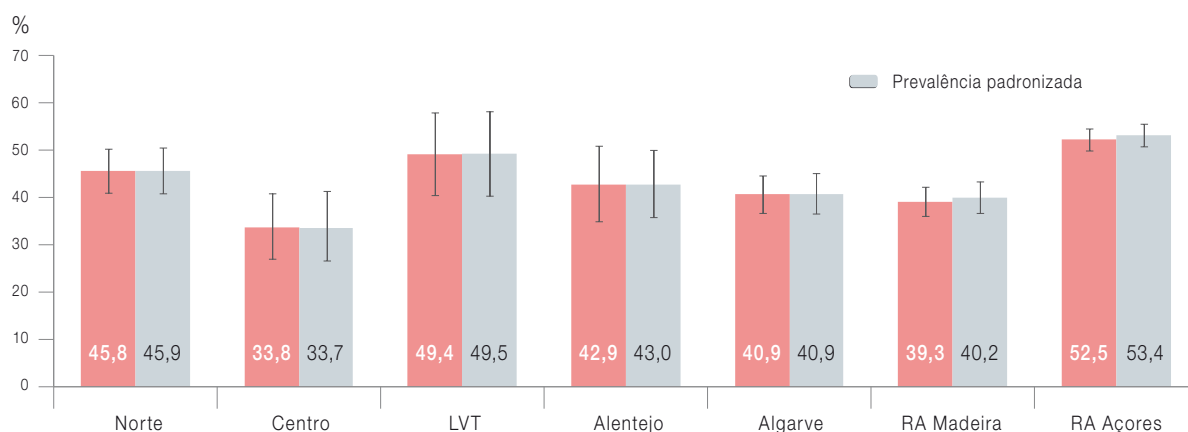


Figura 18 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam que a situação que melhor descrevia as suas atividades durante os tempos livres era “Ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias”, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

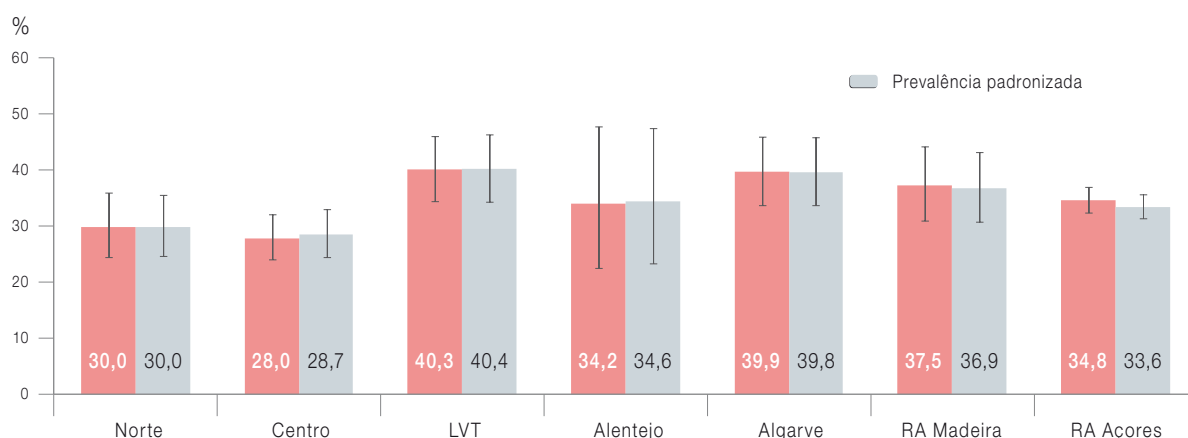


Figura 19 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que reportaram dedicar-se a alguma atividade física regular (como correr, andar de bicicleta ou outras) de forma a suar e/ou sentir cansaço, pelo menos uma vez por semana, i.e. exercício físico, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

Por nível escolaridade e situação perante o trabalho

Sedentarismo em tempo de lazer

Aproximadamente metade (51,6%) dos indivíduos sem escolaridade ou apenas com o 1º ciclo do ensino básico reportaram as atividades sedentárias como aquelas que melhor descreviam a sua ocupação nos tempos livres. A prevalência de sedentarismo nos tempos livres diminuiu com o nível de escolaridade até atingir 38,9% na população com escolaridade de nível superior. De notar que este padrão não se alterou após padronização das taxas para o sexo e o grupo etário (Figura 20).

O grupo com atividade profissional remunerada apresentou a menor percentagem de sedentarismo nos tempos livres (43,6%), observando-se

a maior prevalência entre os desempregados (46,9%). Após padronização, a prevalência mais elevada (48,2%) foi observada na população sem atividade profissional remunerada (Figura 20).

Exercício Físico

A prática de exercício físico era mais frequente entre a população com ensino superior (49,6%) e menos frequente entre quem não possuía escolaridade ou possuía apenas o 1º ciclo do ensino básico (18,8%). Esta tendência de aumento gradual na prática de exercício com o nível de ensino manteve-se após padronização para o sexo e o grupo etário. Os indivíduos com atividade profissional remunerada registaram a prevalência mais elevada (38,4%) (Figura 21).

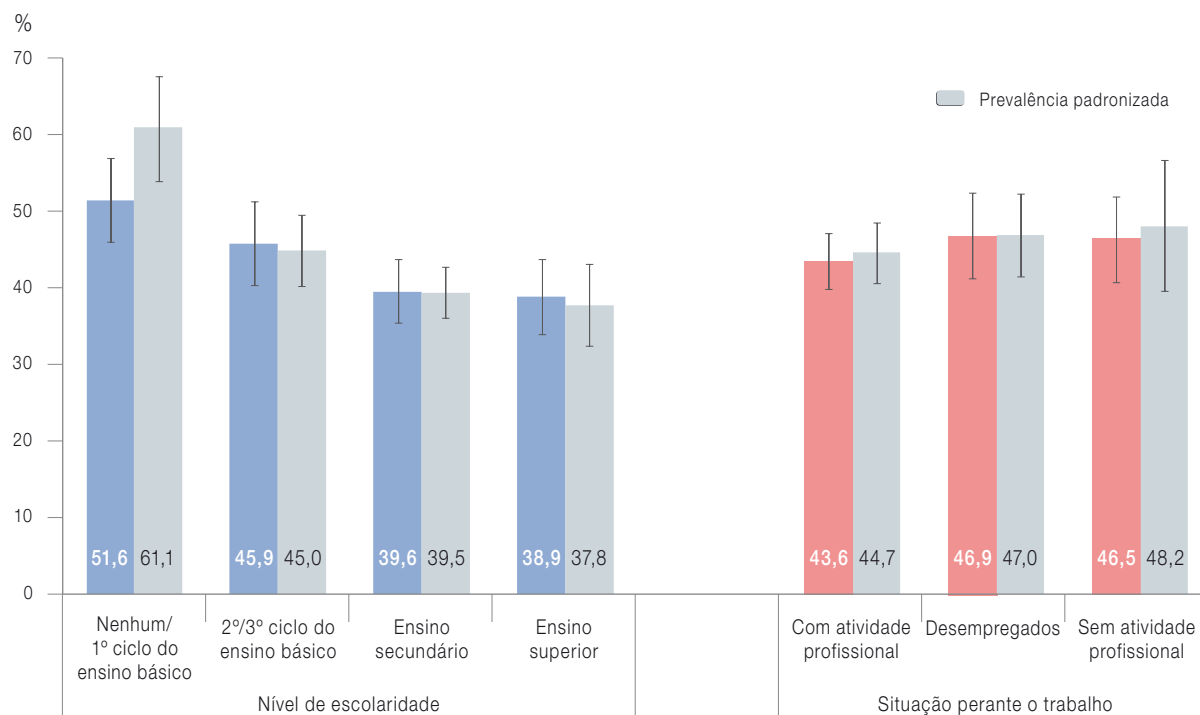


Figura 20 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam que a situação que melhor descrevia as suas atividades durante os tempos livres era “Ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias”, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

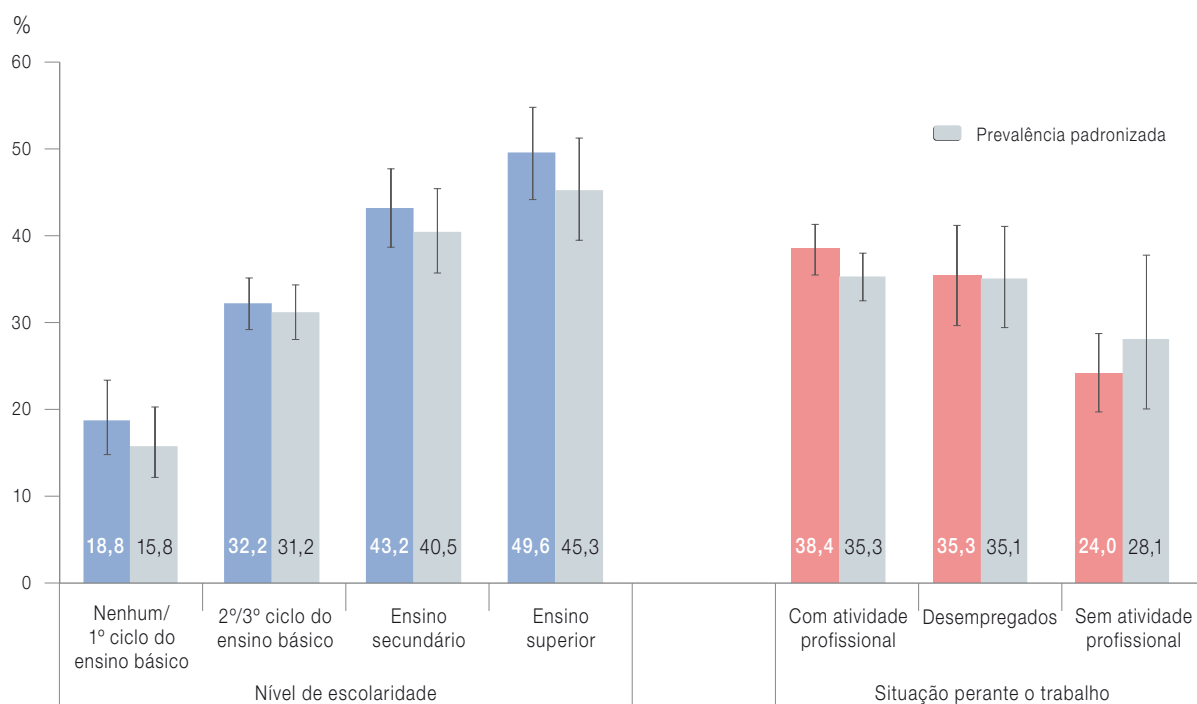


Figura 21 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que reportaram dedicar-se a alguma atividade física regular (como correr, andar de bicicleta ou outras) de forma a suar e/ou sentir cansaço, pelo menos uma vez por semana, i.e. exercício físico, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

Comentários

Os resultados do 3º INS realizado em 1998/99 estimaram uma prevalência de sedentarismo no tempo dedicado ao lazer de 74,9% ⁽²²⁾. Com efeito, verifica-se um decréscimo de cerca de 30% na prevalência de sedentarismo nos 16 anos decorridos entre o 3º INS (1998/99) e o INSEF (2015). Por outro lado, a prática de exercício físico registou um aumento substancial, de 6,5% no 3º INS (1998/99) para 34,2% no INSEF (2015), o que pode refletir o aumento do interesse e acesso da população a práticas de atividade física.

Vários estudos epidemiológicos reportam a diminuição da prevalência da prática de atividade física com a idade ⁽²⁵⁾, informação consistente com os resultados obtidos pelo INSEF.

A associação negativa entre o sedentarismo e o grau de escolaridade encontra-se igualmente documentada ⁽²⁶⁾, podendo ser resultado de desigualdades no acesso às condições necessárias à prática de atividade física, sejam elas ao nível individual, de grupo ou ambientais. De notar que o exercício físico e a escolaridade também se encontram associados, agora de forma positiva, tendo essa associação sido reportada em estudos anteriores ⁽²⁷⁾. A região Centro reportava os níveis de sedentarismo e exercício físico mais baixos. A região de LVT apresentava níveis de sedentarismo entre os mais elevados e simultaneamente os níveis de prática de exercício físico mais elevados. Estes dados podem sugerir padrões de atividade física distintos entre as regiões.

Consumo de frutas e vegetais

Principais resultados

- Em 2015, de acordo com o INSEF, 79,3% (IC_{95%}: 77,8 a 80,7) da população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos de idade, referiu consumir fruta (excluindo sumos) pelo menos uma vez por dia.
- O consumo diário de vegetais ou saladas (incluindo sopas de legumes) foi declarado por 73,3% (IC_{95%}: 71,0 a 75,5) da população residente em Portugal, em 2015, com idade entre os 25 e os 74 anos.
- A população do sexo masculino apresentou prevalências de consumo diário de fruta e de vegetais inferiores às estimadas para o sexo feminino, sendo esta diferença mais acentuada no consumo diário de vegetais (fruta: 74,4% vs 83,7%; vegetais: 65,8% vs 80,1%).
- O consumo diário de fruta e de vegetais foi menos frequente nos indivíduos pertencentes ao grupo etário entre os 25 e os 34 anos de idade (fruta: 68,7%; vegetais: 62,8%), tendo aumentado gradualmente com a idade até ao grupo com 65 a 74 anos (fruta: 87,6%; vegetais: 80,6%).
- A prevalência de consumo diário de fruta variou entre o valor mínimo de 69,1% na RAA, e o máximo de 85,2% na região do Alentejo, enquanto que a prevalência de consumo diário de vegetais variou entre o valor mínimo de 57,7% na RAA e o máximo de 80,0% na região Centro. A padronização para o sexo e o grupo etário alterou ligeiramente esta distribuição.
- O valor mais elevado de prevalência de consumo de vegetais foi observado na população com ensino superior (80,0%), enquanto a menor prevalência se observou na população sem instrução ou apenas com o 1º ciclo do ensino básico (76,4%). Esta ordenação manteve-se após padronização. O consumo de fruta não variou substancialmente com o nível de escolaridade.
- Foi entre a população desempregada que se encontraram as menores prevalências de consumo de fruta (71,5%) e de vegetais (68,5%).

Enquadramento

A ingestão adequada de fruta e de vegetais contribui para a prevenção de doenças cardiovasculares e de alguns tipos de cancro. A OMS recomenda uma ingestão de pelo menos 400 gramas diárias de vegetais e/ou frutas ⁽²⁸⁾. Outras entidades, nomeadamente o *US Centre for Disease Control and Prevention* (CDC), apon-

tam para um consumo ligeiramente superior, de 1,5 a 2 chávenas de frutas (350g–475g) e 2 a 3 chávenas de vegetais (475g–700g) por dia ⁽²⁹⁾. Em Portugal, as recomendações para o consumo de hortaliças, legumes e fruta são semelhantes às preconizadas pela OMS ⁽³⁰⁾.

A prevalência de ingestão diária de fruta (excluindo sumos) e a prevalência de ingestão diária de vegetais ou saladas, incluindo sopa de legumes, mas excluindo sumos e batatas, foram estimadas no INSEF com base no autorreporte, em conformidade com as indicações e métodos preconizados pelo EHIS ⁽³¹⁾.

Resultados

A prevalência de indivíduos com idade entre os 25 e os 74 anos que referiram consumir fruta pelo menos uma vez por dia foi de 79,3% (IC_{95%}: 77,8 a 80,7). A prevalência foi superior no sexo feminino (83,7% vs 74,4%) e entre o grupo etário dos 65 aos 74 anos (87,6%). Foi no grupo etário

entre os 25 e os 34 anos que se estimou a menor prevalência de consumo diário de fruta (68,7%) (Figura 22).

A prevalência do consumo diário autorreportado de vegetais foi ligeiramente inferior à do consumo de fruta (73,3%; IC_{95%}: 71,0 a 75,5), apresentando as mulheres uma prevalência de consumo diário de vegetais superior à dos homens (80,1% e 65,8% respetivamente). Foi na população com idade entre os 65 e os 74 anos que se estimou a maior prevalência de consumo diário de vegetais (80,6%), enquanto que a menor foi observada entre os mais jovens (62,8% no grupo etário dos indivíduos entre os 25 e os 34 anos) (Figura 23).

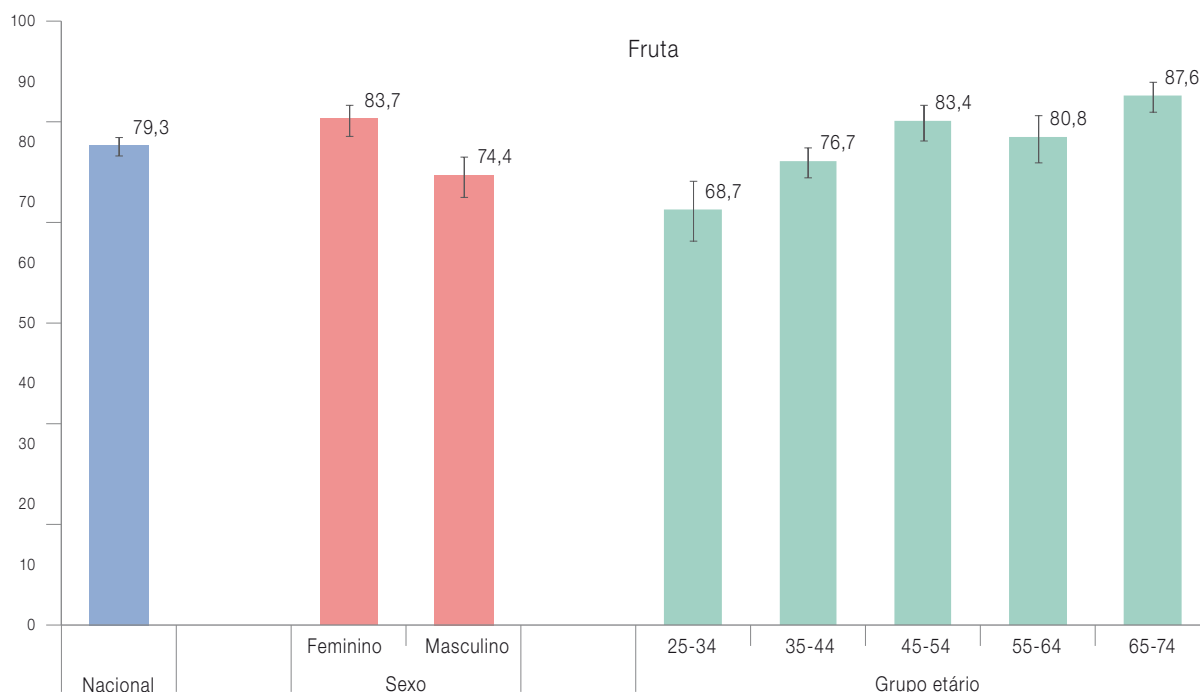


Figura 22 – Distribuição da prevalência de indivíduos que declararam comer fruta (excluindo sumos) diariamente, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.

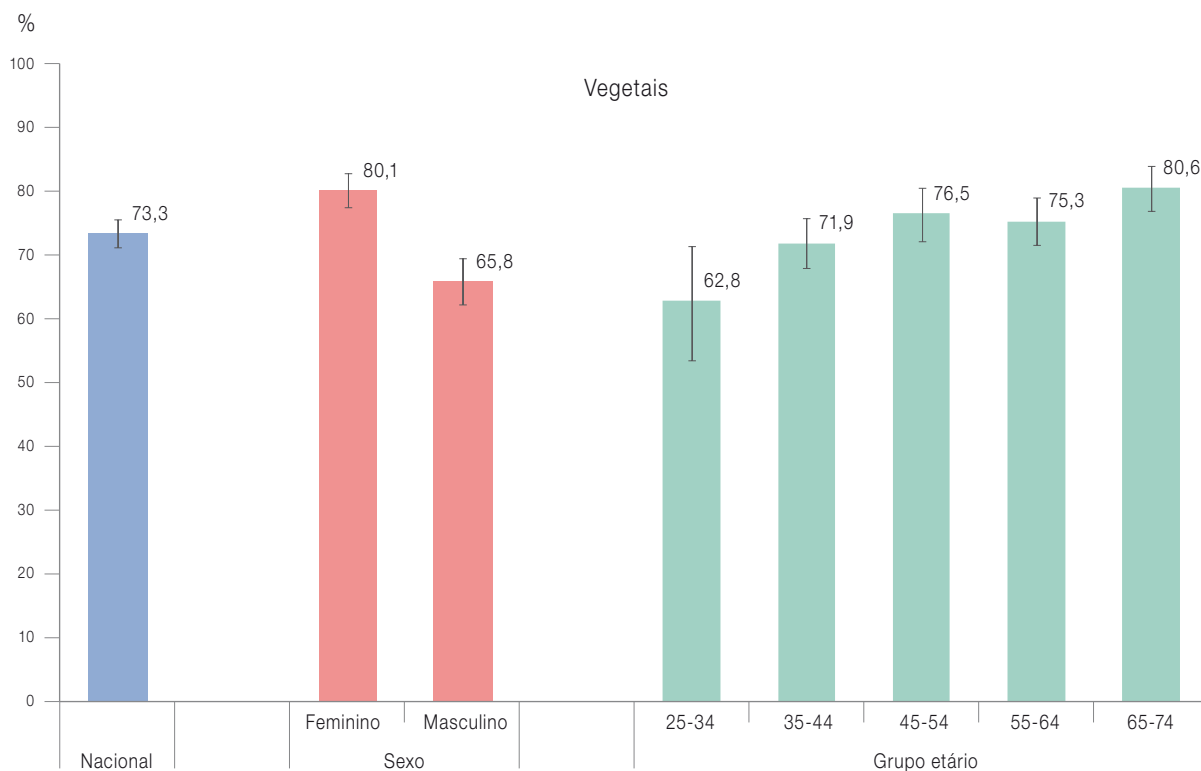


Figura 23 – Distribuição da prevalência de indivíduos que declararam comer vegetais ou saladas, incluindo sopa de legumes, diariamente, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.

Por região

A prevalência de consumo de fruta na população das diferentes regiões variou entre 85,2% na região do Alentejo e 69,1%, na RAA (Figura 24). A prevalência mais elevada de consumo diário de pelo menos uma porção de vegetais observou-se

na região Centro (80,0%) e a menor na RAA (57,7%) (Figura 25). A padronização por sexo e grupo etário não alterou consideravelmente estes valores.

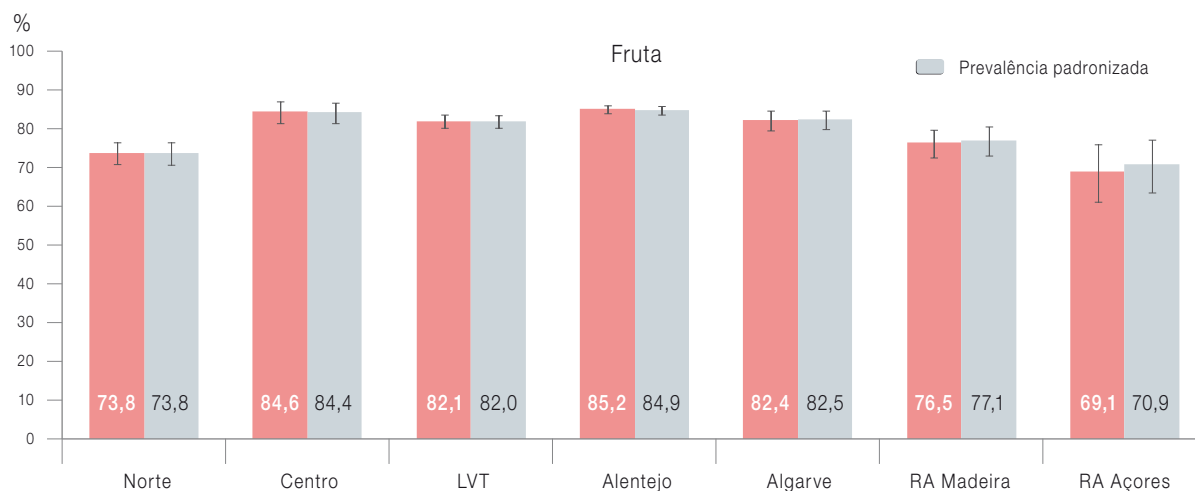


Figura 24 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam comer fruta (excluindo sumos) diariamente, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

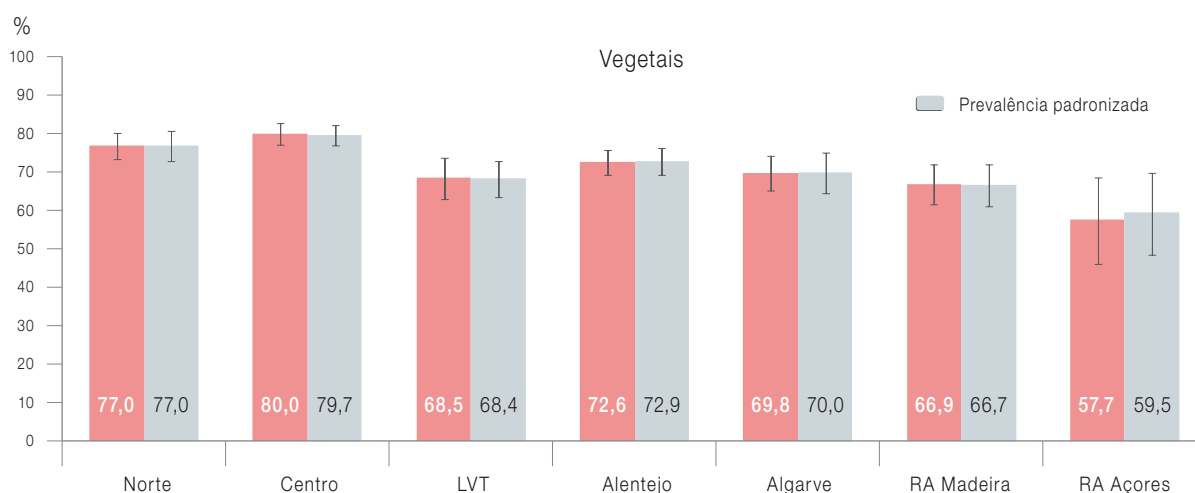


Figura 24 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam comer vegetais ou saladas, incluindo sopa de legumes, diariamente, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

Por nível de escolaridade e situação perante o trabalho

A prevalência de consumo de fruta pelo menos uma vez por dia era elevada em todos os estratos de nível de escolaridade, observando-se o valor mais elevado (81,5%) na população com o ensino superior, seguida pela população sem escolaridade ou com o 1º ciclo do ensino básico (80,3%).

Os restantes grupos também revelaram frequências muito próximas das apresentadas por estes grupos. Contudo, após padronização para o sexo e o grupo etário, observou-se um aumento do consumo de fruta diário com o aumento do nível de escolaridade. Relativamente à situação perante

te o trabalho, 84,7% dos indivíduos sem atividade profissional remunerada referiram consumir fruta pelo menos uma vez por dia, enquanto que a população desempregada reportou a menor prevalência (71,5%) (Figura 26).

O consumo diário de vegetais foi reportado por 80,0% das pessoas com escolaridade ao nível do ensino superior, seguindo-se 76,4% na popu-

lação sem instrução ou com nível de instrução igual ou inferior ao 1º ciclo do ensino básico. No que respeita à situação perante o trabalho, a população desempregada apresentou a menor prevalência de consumo diário de vegetais (68,5%) e a população dos indivíduos sem atividade profissional remunerada a maior (84,7%). Não se verificaram alterações significativas após padronização para o sexo e o grupo etário (Figura 27).

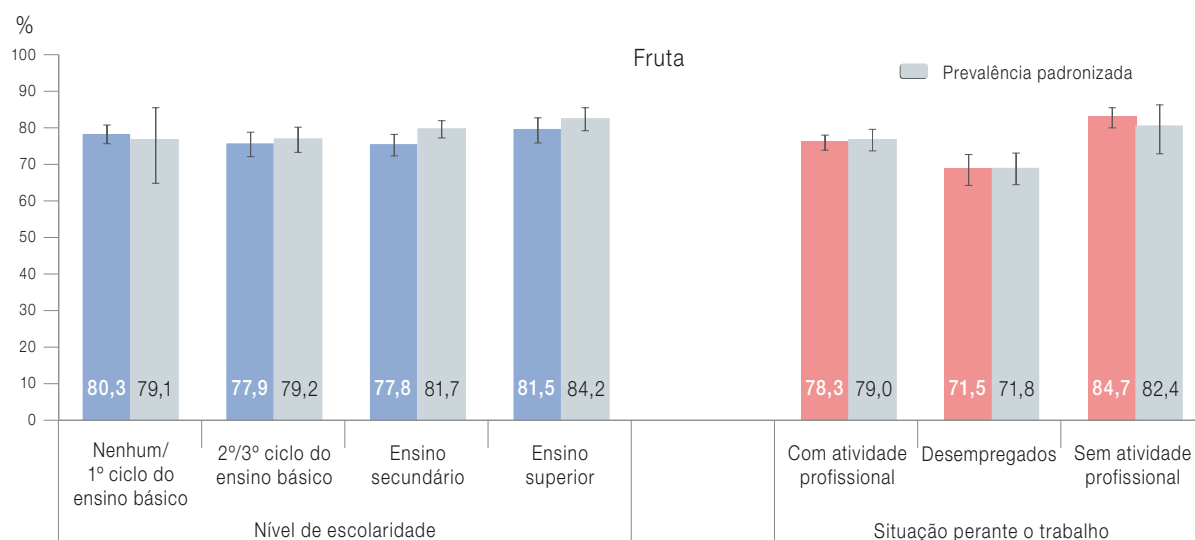


Figura 26 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam comer fruta (excluindo sumos) diariamente, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

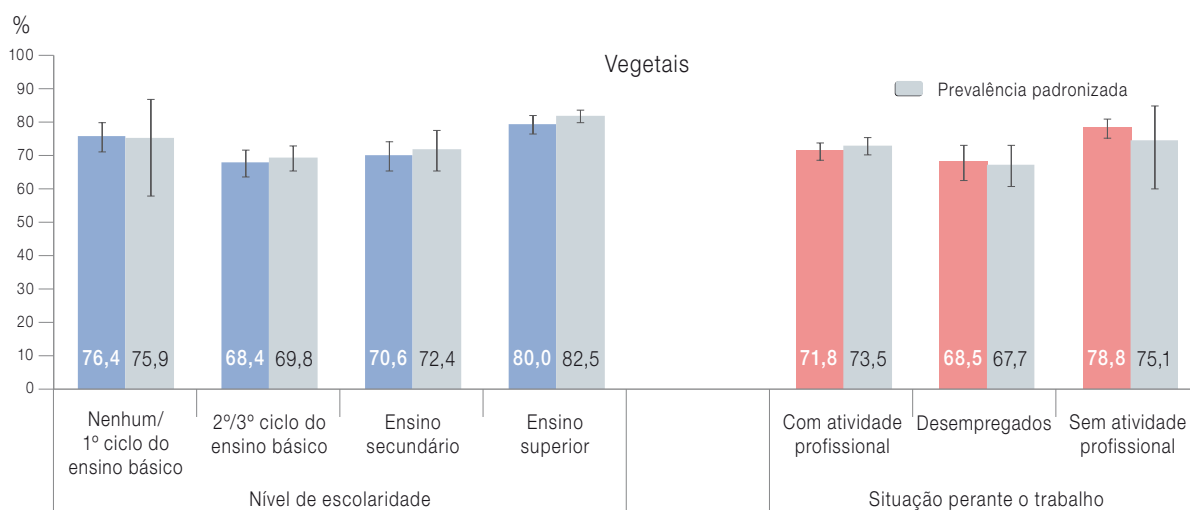


Figura 27 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam comer vegetais ou saladas, incluindo sopas, diariamente, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

Comentários

A prevalência média europeia de consumo diário de fruta, obtida com base em vários EHIS realizados entre 2008 e 2010 foi de 63% ⁽³²⁾. Nesse mesmo estudo, a Suíça registou a prevalência mais elevada de consumo diário de fruta (84%) e a Bulgária e a Roménia as menores (45%).

De acordo com os resultados do INSEF, a prevalência de consumo diário de fruta estimada foi de 79,6%, valor superior à média europeia e que coloca Portugal entre os Países com maior consumo, embora as diferenças entre os grupos etários das populações alvo dos dois estudos (INSEF: 25 a 74 anos e EHIS: 15 ou mais anos de idade) possam explicar parte desta diferença.

À semelhança de outros países, o consumo diário de fruta era mais prevalente na população feminina, sendo a diferença percentual entre os sexos de aproximadamente 8% em Portugal, valor similar ao observado noutros países mediterrâneos como Malta, Espanha, Chipre, Itália e Turquia, onde se observaram diferenças entre os sexos inferiores a 10% ⁽³²⁾. Tal como na maioria dos Países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a prevalência de consumo de pelo menos uma porção diária de fruta era maior na população com um maior nível de escolaridade e nos grupos etários mais elevados.

Quanto ao consumo diário de vegetais, os EHIS 2008-2010 registaram uma prevalência média europeia* de consumo diário de vegetais de 63%,

valor mais uma vez inferior à estimativa obtida pelo INSEF para a população residente em Portugal (dos 25 aos 74 anos) em 2015 (73,3%), colocando Portugal numa posição bastante favorável relativamente a este indicador. Este indicador era mais elevado no sexo feminino, nos grupos etários mais avançados e na população com maior nível de escolaridade.

No entanto, embora estes resultados sejam favoráveis a Portugal quando comparados com os de outros países, esta comparação tem que ser feita com cautela, pois os EHIS reportam-se a 2008 e incluíram os indivíduos do grupo etário entre os 15 e os 24 anos e do grupo com 75 e mais anos, não inquiridos no INSEF.

Relativamente ao 5º INS (2014), a prevalência de consumo diário de fruta e de vegetais, na população com idade entre os 25 e os 74 anos foi inferior à estimada no INSEF em 2015 (fruta: INSEF 79,3% vs 5º INS 72,7%; vegetais: INSEF 73,3% vs 5º INS 57,7%).** Estas diferenças podem ser eventualmente explicadas por algumas diferenças no questionário e pelo facto dos entrevistadores do INSEF serem enfermeiros.

Em termos gerais, é importante realçar que os resultados do INSEF apontam para uma prevalência de consumo diário de fruta e vegetais mais baixa nos adultos jovens (grupo etário dos 25 aos 34 anos), nos indivíduos do sexo masculino e nos desempregados.

* Países que constam no relatório da OCDE: Alemanha, Bélgica, Bulgária, Chipre, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estónia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Lituânia, Malta, Polónia, República Checa, Roménia, Suíça e Turquia.

** Valores calculados pelo Departamento de Epidemiologia do INSA para o grupo etário dos 25 aos 74 anos com base na amostra do INS 2014 (INE/INSA).

Considerações finais

O INSEF é o primeiro inquérito de saúde a produzir indicadores de saúde representativos da população portuguesa a nível nacional e de cada uma das 7 Regiões de Saúde, utilizando a metodologia estabelecida pelo EHES.

O processo do INSEF envolveu 7 instituições regionais de Saúde em Portugal e 2 Institutos Públicos de saúde, o INSA e o INSP. A rede assim criada e o trabalho desenvolvido, com uma taxa de participação semelhante à de outros inquéritos de saúde com exame físico na Europa, demonstram a capacidade nacional para organizar e implementar este tipo de instrumento de observação, previstos no sistema estatístico europeu.

A elevada prevalência de *binge drinking* na população masculina e sobretudo entre os mais jovens justifica intervenções de saúde direcionadas especificamente para esta problemática.

De forma semelhante, os valores das estimativas observadas relativamente a indicadores como a elevada frequência de sedentarismo no tempo dedicado às atividades de lazer, o consumo de tabaco ou a exposição ao fumo ambiental do tabaco, são também preocupantes devendo ser analisados pelas entidades competentes.

Indicadores mais favoráveis foram estimados relativamente ao consumo diário de frutas e vegetais (superiores à média europeia), embora não seja possível estimar o cumprimento do consumo das cinco porções diárias recomendadas.

A identificação de grupos com indicadores de saúde distribuídos de forma diferente a nível regional, como é o caso do consumo de tabaco, fornecem informação útil no planeamento das intervenções e na quantificação de ganhos em saúde.

Os próximos passos no Projeto Pré-Definido do Programa Iniciativas em Saúde Pública das EEA Grants em Portugal têm como finalidade promover a investigação epidemiológica no país, concretizada em iniciativas a promover pelo INSA, em colaboração com as regiões e outros parceiros nacionais e internacionais, designadamente equipas e peritos em cada área de análise, o INSP e a rede EHES. Pretende-se também promover a discussão entre os decisores, os profissionais de saúde, os investigadores e a população em geral, contribuindo para a tradução dos resultados obtidos à prática em Saúde Pública.

Referências

1. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015. Raising Taxes on Tobacco. Geneva: Switzerland; 2015.
2. World Health Organization. Tobacco Fact Sheet N°339. WHO Media Center; 2015 [Acedido em 19/05/2016]. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/
3. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015. [Acedido em 27/04/2016]. <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
4. Instituto Nacional de Estatística. Destaque: Inquérito Nacional de Saúde 2014. Instituto Nacional de Estatística; 2015. [Acedido em 27/04/2016]. www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224733757&DESTAQUES tema=55538&DESTAQUESmodo=2
5. Machado A, Nicolau R, Matias Dias C. Consumo de tabaco na população Portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2009.
6. The Gallup Organisation. The Directorate General Health and Consumers. Survey on Tobacco: analytical report. Flash Eurobarometer 253; 2009.
7. Portugal. Assembleia da República. Lei n° 37/2007 de 14 de Agosto. Diário da República 14 de Agosto de 2007; 156:1.ª série.
8. Portugal. Assembleia da República. Lei n° 166/2015 de 26 de agosto de 2015. Diário da República 26 de agosto de 2015; 1.ª série.
9. Governo dos Açores. Inquérito Regional dos Açores 2014. [Acedido em 20/05/2016]. www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/srs-drs/textoImagem/Estudos+e+Publicac%C3%B5es+da+DRS.htm
10. World Health Organization. WHO Report on the Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Geneva: Switzerland; 2014.
11. LIM W, Fong CW, Chang LJ, et al. Trends in alcohol consumption in Singapore 1992–2004. Alcohol & Alcoholism. 2007; 42: 354-361.
12. Conselho de Ministros n°166/2000 de 29 de Novembro. Plano de Ação contra o Alcoolismo. Diário da República 29 de Novembro de 2000; 276:1ª série B.
13. Portugal. Assembleia da República. Decreto-Lei 9/2002 de 24 de janeiro. Diário da República 24 janeiro de 2002; 20:1º série A.
14. Portugal. Assembleia da República. Decreto-Lei 50/2013 de 16 abril. Diário da República 16 abril de 2013; 74:1ª série.
15. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013/2020. Lisboa: SICAD; 2015.
16. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Anual de 2014. A situação do país em matéria de álcool. Caracterização e evolução da situação. Lisboa: SICAD; 2015.
17. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Physical Inactivity: A Global Public Health Problem. [Acedido em 20/05/2016] www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/
18. Direção-Geral da Saúde. A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015. [Acedido em 21/5/2016] www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-atividade-fisica-e-o-desporto-um-meio-para-melhorar-a-saude-e-o-bem-estar.aspx
19. World Health Organization. 10 facts on physical activity. World Health Organization. Geneva: World health Organization; 2014. [Acedido em 20/5/2016] www.who.int/features/factfiles/physical_activity/facts/en/index1.html
20. World Health Organization. Global Recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010. [Acedido em 20/5/2016] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf

21. Instituto do Desporto de Portugal. Livro Verde da Atividade Física. Observatório Nacional de Desporto. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal; 2016. [Acedido em 22/5/2016]
<https://issuu.com/advantis/docs/lverdeactividadefisica?layout=http://skin.issuu.com/v/light/layout.xml&showFlipBtn=true&e=3203086/2595345>.
22. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2001.
23. Petersen CB, Thygesen LG, Helge, et al. Time trends in physical activity in leisure time in the Danish population from 1987 to 2005. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010; 0: 1–8.
24. World Health Organization. Health Interview Surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. Regional Publications European Series nº 58. Copenhagen: World Health Organization; 1996.
25. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: A Report of the Surgeon General. Atlanta: Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996. [Acedido em 21/5/2016].
www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/chap5.pdf
26. Maestre-Miquel C, Regidor E, Cuthill F, et al. Desigualdad en la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo libre en población adulta española según su nivel de educación: diferencias entre 2002 y 2012. *Rev Esp Salud Pública*. 2015;89: 259-269.
27. Camões M, Lopes C. Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(2), 208-16.
28. World Health Organization. Healthy diet. Fact Sheet N°394. WHO Media Center; 2015 [Acedido em 22/05/2016].
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>
29. Moore LV, Thompson FE. Adults Meeting Fruit and Vegetable Intake Recommendations Morbidity and Mortality Weekly Report. 2015. United States: Centres for Disease Control and Prevention; 2015 [Acedido em 21/5/2016]
http://origin.glb.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6426a1.htm?s_cid=mm626a1_w
30. Direção geral de Saúde. Melhor informação mais saúde. [Acedido em 21/5/2016].
www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/alimentacao.aspx
31. Eurostat. European Health Interview Survey. [Acedido em 21/5/2016].
<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>
32. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Fruit and vegetable consumption among adults, in *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing. 2016. [Acedido em 21/5/2016].
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-27-en>

Anexos

Anexo 1: Nota metodológica

Tabaco: consumo e exposição ambiental

Prevalência de consumo de tabaco

Numerador: Número de indivíduos que responderam "Sim, diariamente" ou "Sim, ocasionalmente" na questão P13.1.

Denominador: Número de indivíduos que responderam à questão P13.1.

Prevalência de exposição (em casa, em transportes ou espaços públicos ou no local de trabalho) a fumo ambiental de tabaco, mais de uma hora por dia

Numerador: Número de indivíduos que responderam "1-5 h por dia" e "Mais de 5 h por dia" a pelo menos uma das questões P13.10, P13.11 e P13.12.

Denominador: Soma do número de indivíduos que responderam às questões P13.10 e P13.11, em caso de não estarem em situação de trabalho remunerado e do número indivíduos que responderam às questões P13.10, P13.11 e P13.12, em caso de estarem em situação de trabalho remunerado.

Binge drinking

Prevalência de consumo arriscado de álcool ou binge drinking

Numerador: Número de indivíduos que responderam "Menos do que uma vez por mês", "Mensalmente", "Semanalmente", "Diariamente ou quase diariamente" na questão P15.4.

Denominador: Número de indivíduos que responderam às questões P15.1 e P15.4.

Atividade física

Prevalência de sedentarismo em tempo de lazer

Numerador: Número de indivíduos que responderam "Ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias" na questão P12.2.

Denominador: Número de indivíduos que responderam à questão P12.2.

Prevalência da prática de exercício físico

Numerador: Número de indivíduos que responderam "sim" na questão P12.2.

Denominador: Número de indivíduos que responderam à questão P12.2.

Consumo de frutas e vegetais

Prevalência de consumo diário de fruta

Numerador: Número de indivíduos que responderam "1 vez por dia" ou "2 ou mais vezes por dia" na questão P14.1.

Denominador: Número de indivíduos que responderam à questão 14.1.

Prevalência de consumo diário de vegetais

Numerador: Número de indivíduos que responderam "1 vez por dia" ou "2 ou mais vezes por dia" na questão P14.2.

Denominador: Número de indivíduos que responderam à questão 14.2.

Anexo 2: Tabelas de resultados

Consumo de tabaco

Tabela 1 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para grupo etário) de indivíduos que declararam consumir tabaco (diária ou ocasionalmente) na população residente em Portugal do sexo masculino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por grupo etário, região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	BRUTAS		PADRONIZADAS	
	p	IC 95%	p	IC 95%
Portugal (n=2265)	28,3	[25,4;31,4]		
Grupo etário (n=2265)				
25-34 (n=330)	45,6	[38,2;53,3]		
35-44 (n=511)	35,8	[27,7;44,9]		
45-54 (n=537)	26,2	[20,6;32,7]		
55-64 (n=514)	18,2	[13,5;24,2]		
65-74 (n=373)	10,8	[6,4;17,9]		
Valor-p	<0,0001			
Região (n=2265)				
Norte (n=337)	30,5	[24,7;37,1]	30,4	[23,1;38,8]
Centro (n=343)	23,9	[17,7;31,4]	24,4	[17,9;32,3]
LVT (n=297)	25,9	[21,3;31,0]	25,8	[22,0;30,1]
Alentejo (n=318)	32,9	[28,7;37,4]	33,5	[28,4;39,1]
Algarve (n=313)	31,1	[28,9;33,5]	31,3	[28,1;34,7]
RAM (n=316)	31,5	[26,4;37,0]	29,7	[24,6;35,4]
RAA (n=341)	42,8	[38,4;47,2]	40,4	[37,3;43,6]
Valor-p			0,0777	
Nível de escolaridade (n=2264)				
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=722)	18,4	[14,3;23,4]	25,3	[18,3;33,7]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=804)	37,4	[30,4;44,9]	34,1	[27,8;41,1]
Ensino secundário (n=442)	28,8	[23,6;34,6]	26,6	[21,2;32,8]
Ensino superior (n=296)	23,1	[17,9;29,2]	19,8	[13,1;28,9]
Valor-p			<0,0001	
Situação perante o trabalho (n=2265)				
Com atividade profissional (n=1441)	31,4	[28,4;34,6]	27,8	[24,6;31,2]
Desempregado (n=243)	43,0	[34,7;51,6]	43,4	[35,2;51,9]
Sem atividade profissional (n=581)	12,7	[8,8;17,8]	27,4	[8,7;60,0]
Valor-p			<0,0001	

Valor-p representa o valor prova do teste Qui-Quadrado com a correção de Rao-Scott

Consumo de tabaco

Tabela 2 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para grupo etário) de indivíduos que declararam consumir tabaco (diária ou ocasionalmente) na população residente em Portugal do sexo feminino, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por grupo etário, região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	BRUTAS		PADRONIZADAS	
	p	IC 95%	p	IC 95%
Portugal (n=2643)	16,4	[14,1;19,0]		
Grupo etário (n=2643)				
25-34 (n=384)	25,1	[18,7;32,9]		
35-44 (n=624)	22,5	[17,7;28,1]		
45-54 (n=655)	18,1	[12,8;24,9]		
55-64 (n=583)	11,6	[8,6;15,3]		
65-74 (n=397)	2,5	[0,8;7,4]		
Valor-p	<0,0001			
Região (n=2643)				
Norte (n=440)	13,9	[10,0;19,1]	13,7	[9,6;19,1]
Centro (n=362)	11,8	[7,8;17,3]	12,2	[8,0;18,0]
LVT (n=353)	20	[15,7;25,2]	20,2	[15,6;25,6]
Alentejo (n=371)	20,4	[16,6;24,7]	21,2	[18,2;24,5]
Algarve (n=331)	22,8	[19,3;26,7]	22,5	[19,1;26,3]
RAM (n=378)	9,9	[7,1;13,7]	9,6	[6,4;14,2]
RAA (n=408)	22,2	[15,5;30,8]	20,5	[14,1;28,9]
Valor-p			0,0158	
Nível de escolaridade (n=2640)				
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=792)	7,2	[5,6;9,2]	10,8	[7,6;15,1]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=790)	18,4	[14,4;23,4]	18,3	[14,3;23,2]
Ensino secundário (n=516)	22,1	[18,4;26,3]	20,3	[17,0;24,1]
Ensino superior (n=542)	20,6	[16,8;25,0]	18,0	[14,0;22,9]
Valor-p			<0,0001	
Situação perante o trabalho (n=2640)				
Com atividade profissional (n=1533)	20,3	[16,5;24,7]	17,9	[14,4;22,0]
Desempregado (n=306)	27,0	[22,2;32,4]	27,2	[21,7;33,5]
Sem atividade profissional (n=801)	4,7	[3,3;6,6]	5,7	[3,6;8,9]
Valor-p			<0,0001	

Valor-p representa o valor prova do teste Qui-Quadrado com a correção de Rao-Scott

Exposição ambiental ao fumo do tabaco

Tabela 3 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam estar expostos, durante pelo menos 1 hora por dia, a fumo ambiental de tabaco em casa, no trabalho ou em locais públicos, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, grupo etário, região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	BRUTAS		PADRONIZADAS	
	p	IC 95%	p	IC 95%
Portugal (n=4868)	12,8	[11,2;14,6]		
Sexo (n=4868)				
Feminino (n=2628)	10,8	[9,1;12,9]		
Masculino (n=2240)	14,9	[12,2;18,0]		
Valor-p	0,0169			
Grupo etário (n=4868)				
25-34 (n=705)	19,8	[16,0;24,3]		
35-44 (n=1128)	15,5	[11,4;20,8]		
45-54 (n=1179)	12,3	[9,8;15,4]		
55-64 (n=1088)	10,6	[8,1;13,8]		
65-74 (n=768)	3,9	[2,1;7,0]		
Valor-p	<0,0001			
Região (n=4868)				
Norte (n=774)	10,7	[7,6;14,9]	10,6	[7,4;15,1]
Centro (n=696)	7,5	[4,3;13,0]	7,8	[4,3;13,8]
LVT (n=646)	15,8	[13,5;18,4]	15,9	[13,8;18,2]
Alentejo (n=678)	17,8	[13,3;23,2]	18,0	[12,7;24,8]
Algarve (n=642)	14,8	[11,7;18,5]	14,9	[11,3;19,3]
RAM (n=688)	12,3	[9,5;15,8]	11,9	[9,1;15,3]
RAA (n=744)	21,0	[17,6;24,7]	20,0	[17,0;23,3]
Valor-p			0,0042	
Nível de escolaridade (n=4864)				
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=1503)	9,7	[7,8;12,0]	23,6	[18,0;30,3]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=1578)	16,6	[13,0;21,0]	15,3	[12,1;19,0]
Ensino secundário (n=952)	13,7	[9,8;19,0]	13,0	[8,8;18,8]
Ensino superior (n=831)	9,8	[6,9;13,6]	9,5	[6,6;13,6]
Valor-p			0,0140	
Situação perante o trabalho (n=4865)				
Com atividade profissional (n=2939)	14,5	[12,4;16,9]	13,6	[11,8;15,7]
Desempregados (n=548)	17,0	[12,8;22,2]	17,7	[13,5;22,8]
Sem atividade profissional (n=1378)	6,9	[5,1;9,3]	18,2	[7,8;37,0]
Valor-p			<0,0001	

Valor-p representa o valor prova do teste Qui-Quadrado com a correção de Rao-Scott

Consumo de álcool

Tabela 4 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para grupo etário) de indivíduos do sexo masculino que declararam ter consumido, pelo menos uma vez, 6 ou mais bebidas alcoólicas (*binge drinking*), numa única ocasião, nos 12 meses anteriores à entrevista, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por grupo etário, região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	BRUTAS		PADRONIZADAS	
	p	IC 95%	p	IC 95%
Portugal (n=2253)	33,8	[31,9;35,8]		
Grupo etário (n=2253)				
25-34 (n=329)	51,9	[40,1;63,4]		
35-44 (n=507)	44,2	[40,3;48,3]		
45-54 (n=534)	31,1	[25,1;37,8]		
55-64 (n=512)	24,5	[20,8;28,6]		
65-74 (n=371)	11,0	[7,3;16,2]		
Valor-p	<0,0001			
Região (n=2253)				
Norte (n=336)	25,5	[22,5;28,8]	25,5	[21,4;30,1]
Centro (n=341)	40,1	[34,5;45,9]	41,0	[36,4;45,8]
LVT (n=295)	34,4	[30,8;38,3]	34,6	[30,0;39,6]
Alentejo (n=315)	51,6	[40,5;62,5]	52,0	[42,4;61,4]
Algarve (n=312)	41,4	[34,8;48,3]	41,6	[36,0;47,4]
RAM (n=315)	49,5	[43,1;55,9]	48,3	[41,9;54,7]
RAA (n=339)	40,4	[32,1;49,3]	37,1	[29,1;46,0]
Valor-p			<0,0001	
Nível de escolaridade (n=2252)				
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=716)	21,2	[17,3;25,7]	23,0	[15,3;33,1]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=800)	34,3	[27,5;41,8]	31,6	[25,5;38,5]
Ensino secundário (n=441)	42,1	[35,4;49,1]	36,8	[30,8;43,1]
Ensino superior (n=295)	42,4	[35,0;50,1]	33,1	[25,9;41,3]
Valor-p			0,0011	
Situação perante o trabalho (n=2253)				
Com atividade profissional (n=1435)	41,0	[37,5;44,7]	38,1	[34,4;42,0]
Desempregados (n=240)	30,8	[23,7;38,8]	29,7	[23,6;36,5]
Sem atividade profissional (n=578)	15,0	[11,6;19,2]	13,5	[8,1;21,7]
Valor-p			<0,0001	

Valor-p representa o valor prova do teste Qui-Quadrado com a correção de Rao-Scott

Consumo de álcool

Tabela 5 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para grupo etário) de indivíduos do sexo feminino que declararam ter consumido, pelo menos uma vez, 6 ou mais bebidas alcoólicas (*binge drinking*), numa única ocasião, nos 12 meses anteriores à entrevista, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por grupo etário, região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	BRUTAS		PADRONIZADAS	
	p	IC 95%	p	IC 95%
Portugal (n=2640)	5,3	[4,2;6,5]		
Grupo etário (n=2640)				
25-34 (n=383)	13,7	[10,3;18,0]		
35-44 (n=624)	6,7	[3,7;11,7]		
45-54 (n=655)	4,2	[2,9;5,9]		
55-64 (n=582)	1,6	[0,6;3,9]		
65-74 (n=396)	0,1	[0,0;0,5]		
Valor-p	<0,0001			
Região (n=2640)				
Norte (n=440)	1,6	[0,5;4,4]	1,5	[0,6;4,0]
Centro (n=362)	4,4	[2,0;9,6]	4,6	[2,1;9,6]
LVT (n=351)	7,8	[6,4;9,5]	7,8	[6,6;9,2]
Alentejo (n=370)	11,3	[7,2;17,3]	12,0	[6,9;19,8]
Algarve (n=330)	7,3	[5,1;10,4]	7,2	[4,9;10,6]
RAM(n=379)	10,2	[7,2;14,3]	9,8	[6,8;14,0]
RAA (n=408)	8,3	[5,8;11,8]	7,1	[4,6;10,9]
Valor-p			0,0004	
Nível de escolaridade (n=2637)				
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=791)	1,5	[0,8;3,0]	1,5	[0,8;2,7]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=789)	4,4	[2,5;7,9]	4,7	[2,6;8,3]
Ensino secundário (n=515)	6,8	[4,7;9,9]	5,2	[3,4;7,7]
Ensino superior (n=542)	9,5	[7,3;12,2]	6,8	[5,1;9,1]
Valor-p			0,0011	
Situação perante o trabalho (n=2637)				
Com atividade profissional (n=1530)	6,8	[5,1;8,8]	5,2	[4,0;6,8]
Desempregados (n=306)	7,7	[4,1;14,0]	6,8	[3,5;12,9]
Sem atividade profissional (n=801)	1,4	[0,6;3,1]	5,1	[1,9;13,1]
Valor-p			0,0013	

Valor-p representa o valor prova do teste Qui-Quadrado com a correção de Rao-Scott

Atividade física

Tabela 6 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam que a situação que melhor descrevia as suas atividades durante os tempos livres era “Ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias”, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, grupo etário, região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	BRUTAS		PADRONIZADAS	
	p	IC 95%	p	IC 95%
Portugal (n=4867)	44,8	[41,1;48,5]		
Sexo (n=4867)				
Feminino (n=2619)	48,5	[45,0;52,1]		
Masculino (n=2248)	40,6	[35,5;46,0]		
Valor-p	0,0017			
Grupo etário (n=4867)				
25-34 (n=711)	41,4	[36,8;46,2]		
35-44 (n=1123)	46,3	[40,0;52,6]		
45-54 (n=1177)	43,1	[38,1;48,2]		
55-64 (n=1090)	46,9	[40,7;53,2]		
65-74 (n=766)	46,2	[40,6;51,9]		
Valor-p	0,3859			
Região (n=4867)				
Norte (n=775)	45,8	[41,2;50,5]	45,9	[41,0;50,8]
Centro (n=704)	33,8	[27,2;41,1]	33,7	[26,8;41,5]
LVT (n=641)	49,4	[40,7;58,2]	49,5	[40,5;58,5]
Alentejo (n=681)	42,9	[35,1;51,1]	43,0	[36,0;50,3]
Algarve (n=642)	40,9	[36,9;44,9]	40,9	[36,7;45,3]
RAM (n=694)	39,3	[36,2;42,5]	40,2	[36,9;43,6]
RAA (n=730)	52,5	[50,1;54,8]	53,4	[51,0;55,8]
Valor-p			0,0217	
Nível de escolaridade (n=4863)				
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=1498)	51,6	[46,1;57,1]	61,1	[54,1;67,8]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=1579)	45,9	[40,5;51,4]	45,0	[40,4;49,7]
Ensino secundário (n=953)	39,6	[35,5;43,9]	39,5	[36,2;42,9]
Ensino superior (n=833)	38,9	[34,1;43,9]	37,8	[32,5;43,3]
Valor-p			0,0002	
Situação perante o trabalho (n=4864)				
Com atividade profissional (n=2945)	43,6	[40,0;47,3]	44,7	[40,7;48,7]
Desempregados (n=545)	46,9	[41,3;52,6]	47,0	[41,6;52,4]
Sem atividade profissional (n=1374)	46,5	[40,9;52,1]	48,2	[39,7;56,8]
Valor-p			0,2515	

Valor-p representa o valor prova do teste Qui-Quadrado com a correção de Rao-Scott

Atividade física

Tabela 7 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que reportaram dedicar-se a alguma atividade regular (como correr, andar de bicicleta ou outras) de forma a suar e/ou sentir cansaço, pelo menos uma vez por semana, i.e. exercício físico, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, grupo etário, região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	BRUTAS		PADRONIZADAS	
	p	IC 95%	p	IC 95%
Portugal (n=4909)	34,2	[31,4;37,1]		
Sexo (n=4909)				
Feminino (n=2646)	29,2	[26,2;32,4]		
Masculino (n=2263)	39,7	[36,4;43,1]		
Valor-p	<0,0001			
Grupo etário (n=4909)				
25-34 (n=714)	47,1	[41,9;52,5]		
35-44 (n=1134)	40,6	[35,8;45,5]		
45-54 (n=1193)	31,8	[27,6;36,3]		
55-64 (n=1097)	28,1	[23,6;33,1]		
65-74 (n=771)	20,8	[15,9;26,7]		
Valor-p	<0,0001			
Região (n=4909)				
Norte (n=777)	30,0	[24,6;36,1]	30,0	[24,8;35,7]
Centro (n=705)	28,0	[24,2;32,2]	28,7	[24,6;33,2]
LVT (n=649)	40,3	[34,6;46,3]	40,4	[34,5;46,6]
Alentejo (n=690)	34,2	[22,6;48,0]	34,6	[23,4;47,7]
Algarve (n=644)	39,9	[33,9;46,2]	39,8	[33,9;46,0]
RAA(n=695)	37,5	[31,1;44,4]	36,9	[30,9;43,4]
RAA (n=749)	34,8	[32,5;37,2]	33,6	[31,5;35,8]
Valor-p			0,0061	
Nível de escolaridade (n=4905)				
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=1515)	18,8	[14,9;23,4]	15,8	[12,2;20,3]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=1594)	32,2	[29,3;35,2]	31,2	[28,1;34,4]
Ensino secundário (n=958)	43,2	[38,7;47,8]	40,5	[35,8;45,5]
Ensino superior (n=838)	49,6	[44,2;54,9]	45,3	[39,5;51,3]
Valor-p			<0,0001	
Situação perante o trabalho (n=4906)				
Com atividade profissional (n=2973)	38,4	[35,6;41,4]	35,3	[32,6;38,1]
Desempregados (n=549)	35,3	[29,7;41,3]	35,1	[29,5;41,1]
Sem atividade profissional (n=1384)	24,0	[19,8;28,8]	28,1	[20,1;37,8]
Valor-p			<0,0001	

Valor-p representa o valor prova do teste Qui-Quadrado com a correção de Rao-Scott

Hábitos alimentares

Tabela 8 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam comer vegetais ou saladas, incluindo sopa de legumes, diariamente, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, grupo etário, região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	BRUTAS		PADRONIZADAS	
	p	IC 95%	p	IC 95%
Portugal (n=4908)	73,3	[71,0;75,5]		
Sexo (n=4908)				
Feminino (n=2643)	80,1	[77,3;82,7]		
Masculino (n=2265)	65,8	[62,1;69,4]		
Valor-p	<0,0001			
Grupo etário (n=4908)				
25-34 (n=714)	62,8	[53,4;71,3]		
35-44 (n=1134)	71,9	[67,8;75,6]		
45-54 (n=1192)	76,5	[72,0;80,4]		
55-64 (n=1097)	75,3	[71,5;78,8]		
65-74 (n=771)	80,6	[76,8;83,8]		
Valor-p	0,0008			
Região (n=4908)				
Norte (n=777)	77,0	[73,4;80,2]	77,0	[72,9;80,7]
Centro (n=706)	80,0	[77,1;82,7]	79,7	[77,0;82,2]
LVT (n=649)	68,5	[62,9;73,6]	68,4	[63,5;72,9]
Alentejo (n=688)	72,6	[69,2;75,8]	72,9	[69,3;76,2]
Algarve (n=644)	69,8	[65,1;74,2]	70,0	[64,5;75,0]
RAM (n=695)	66,9	[61,5;72,0]	66,7	[61,0;71,9]
RAA (n=749)	57,7	[46,0;68,6]	59,5	[48,4;69,7]
Valor-p			<0,0001	
Nível de escolaridade (n=4904)				
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=1514)	76,4	[71,7;80,5]	75,9	[58,4;87,6]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=1594)	68,4	[64,2;72,3]	69,8	[65,9;73,4]
Ensino secundário (n=958)	70,6	[66,0;74,7]	72,4	[65,9;78,1]
Ensino superior (n=838)	80,0	[77,1;82,6]	82,5	[80,5;84,2]
Valor-p			0,0005	
Situação perante o trabalho (n=4905)				
Com atividade profissional (n=2972)	71,8	[69,1;74,4]	73,5	[70,7;76,0]
Desempregados (n=549)	68,5	[63,0;73,6]	67,7	[61,2;73,7]
Sem atividade profissional (n=1384)	78,8	[75,8;81,5]	75,1	[60,5;85,6]
Valor-p			0,0001	

Valor-p representa o valor prova do teste Qui-Quadrado com a correção de Rao-Scott

Hábitos alimentares

Tabela 9 – Distribuição da prevalência (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam comer frutas (excluindo sumos), diariamente, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, grupo etário, região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	BRUTAS		PADRONIZADAS	
	p	IC 95%	p	IC 95%
Portugal (n=4909)	79,3	[77,8;80,7]		
Sexo (n=4909)				
Feminino (n=2645)	83,7	[81,0;86,1]		
Masculino (n=2264)	74,4	[70,8;77,6]		
Valor-p	0,0009			
Grupo etário (n=4909)				
25-34 (n=714)	68,7	[63,6;73,5]		
35-44 (n=1135)	76,7	[74,1;79,0]		
45-54 (n=1192)	83,4	[80,2;86,1]		
55-64 (n=1097)	80,8	[76,5;84,5]		
65-74 (n=771)	87,6	[85,0;89,9]		
Valor-p	<0,0001			
Região (n=4909)				
Norte (n=777)	73,8	[70,9;76,5]	73,8	[70,8;76,5]
Centro (n=706)	84,6	[81,5;87,2]	84,4	[81,6;86,8]
LVT (n=650)	82,1	[80,3;83,7]	82,0	[80,3;83,5]
Alentejo (n=689)	85,2	[84,1;86,2]	84,9	[83,8;86,0]
Algarve (n=643)	82,4	[79,7;84,8]	82,5	[80,0;84,7]
RAM (n=695)	76,5	[72,7;79,8]	77,1	[73,2;80,7]
RAA (n=749)	69,1	[61,3;76,0]	70,9	[63,7;77,3]
Valor-p			<0,0001	
Nível de escolaridade (n=4905)				
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=1514)	80,3	[77,9;82,6]	79,1	[68,0;87,0]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=1595)	77,9	[74,8;80,8]	79,2	[75,9;82,1]
Ensino secundário (n=958)	77,8	[75,0;80,4]	81,7	[79,4;83,8]
Ensino superior (n=838)	81,5	[78,1;84,4]	84,2	[81,2;86,9]
Valor-p			0,1935	
Situação perante o trabalho (n=4906)				
Com atividade profissional (n=2973)	78,3	[77,6;80,2]	79,0	[76,2;81,6]
Desempregados (n=549)	71,5	[67,7;75,2]	71,8	[67,7;75,6]
Sem atividade profissional (n=1384)	84,3	[82,0;87,0]	82,4	[75,4;87,7]
Valor-p			<0,0001	

Valor-p representa o valor prova do teste Qui-Quadrado com a correção de Rao-Scott

Equipa

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE, I.P.

Departamento de Epidemiologia

Coordenação Científica

Carlos Matias Dias - Coordenador geral
Baltazar Nunes - Coordenador executivo

Equipa Executiva

Ana João Santos, Ana Paula Gil, Cátia Palhas, Irina Kislaya, Liliana Antunes, Marta Barreto, Sónia Namorado, Vânia Gaio

Contribuições especiais

Ana Paula Rodrigues, Joana Santos, Paula Braz, Rita Fonseca, Rita Roquette, Teresa Contreiras

INSTITUTO NORUEGUÊS DE SAÚDE PÚBLICA

Equipa

Heidi Lyshol, Sidsel Graff-Iversen

Contribuições especiais

Anne Kari Tveter, Hanna Hånes, Liv Paltiel, Nina Stensrud, Rune Johansen

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.

Coordenação

Clara Alves Alves, Departamento de Saúde Pública

Equipa de campo

Amélia Lérias, Cátia Garim, Cristina Lamelas, Custódia Oliveira, Elisabete Sousa, Eugénia Santos, João Costa Lurdes Gonçalves, Márcia Correia, Maria do Céu Oliveira, Marta Pereira, Regina Barros, Renato Marinho, Rosa Maria Caldas, Sandra Gaspar, Sara Guedes, Sónia Monteiro, Zita Fernandes

Equipa de Laboratório do Hospital de São João

João Tiago Guimarães (coordenação), Ana Vieira, André Silva, Angélica Ramos, David Garcia, Eliana Costa, Gisela Fragoso, Isaac Barroso, Maria Teresa Melo, Nadir Varela Sena, Paulo Paulino, Rita Pinto, Sandra Martins, Sara Alves, Yuliana Eremina

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Coordenação

Eugénio Cordeiro, Departamento de Saúde Pública

Equipa de campo

Celeste Duarte Freire, Fernando Júlio Pinto, Inês Carvalho Lagoa, Lúcia Amélia Marques, Maria Angelina Ventura, Maria Augusta Costa, Rosa Castela, Teresa Filomena dos Santos, Zélia Sousa

Equipa de Laboratório do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

Fernando Rodrigues (coordenação), Ana Correia, Anabela Carvalho, Carla Oliveira, Cláudia Fernandes, Elisabete Camilo, Emília Ramos, Fernanda Fontes, Gina Neves, Isabel Marques, Isabel Vaz, Joana Lima, Maria João Lopes, Patrícia Mota, Paula Flambó, Renato Morteiro, Rita Reis, Rodolfo Ferreira, Sandra Silva, Sofia Conceição, Sónia Almeida, Vera Calhau

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.

Coordenação

Ana Dinis, Departamento de Saúde Pública, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
Ana Paula Gil, Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Equipa de campo da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora

Ângela Dinis, Anne-Sophie Thyssen, Cátia Cordeiro, Inês Mouquinho, Joana Casquinha, Joana Gralha, Lúcia Sêmele, Margarida Canto, Margarida Pires, Rita Santos, Teresa Felício, Victor Fernandes, Vítor Marques

Equipa de Laboratório do Hospital S. Francisco Xavier

Esmeraldina Júnior (coordenação), Ana Batalha Reis (coordenação), João Faro Viana (coordenação), João Mário Figueira (coordenação), Carla Tavares, Catarina Farinha, Catarina Simões, Inês Sousa, Patrícia Marques

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, I.P.

Coordenação

Tamara Prokopenko, Departamento de Saúde Pública

Equipa de campo da Administração Regional de Saúde do Alentejo

Eliana Teles, Marília Basílio, Otilia Oliveira, Sandra Costa

Equipa de campo da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora

Ana Raquel Grilo, Augusta Carreira, Carlos Varandas, Carolina Ribeiro, Cláudia Couto, Eugénia Simões, Filipa Dias, Joana Murteiro, Nuno Matos, Rui Piteira, Sónia Espanhol, Tiago Pires, Vítor Marques

Equipa de Laboratório do Hospital Dr. José Maria Grande

Paula Falcão (coordenação), Alzira Louro, Dora Escudeiro, João Candeias, João Ribeiro, Marisa Henriques, Rui Poupino, Vera Nabais, Vítor Carvalho

Equipa de Laboratório do Hospital do Espírito Santo

Rodrigo Gusmão (coordenação), Ana Paula Gusmão, Andrea Milena Carretas, Manuel Maurílio

Equipa de Laboratório do Hospital José Joaquim Fernandes

Rosa Bento (coordenação), Alexandra Ferreira, Alice Galhardo, Ana Rita Frade, Anabela Vinagre, Elsa Almeida, Sílvia Afonso, Tânia Guerra

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, I.P.

Coordenação

Emília Castilho, Departamento de Saúde Pública e Planeamento

Equipa de campo

Ana Águas, Anne Coelho, António Conceição, Cíntia Reis, Elena Noriega, Fátima Silva, Iasmina Mohamed, Manuela Almeida, Manuela Sousa, Neuza Marreiros, Susana Estácio

Equipa de Laboratório do Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve Dr.ª Laura Ayres

Aida Fernandes (coordenação), Eulália Sousa, Joana Salsinha, Lúcia Costa, Luís Milho, Paula Moreno, Sisínio Camélo

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Coordenação

Ana Clara Silva, Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, I.P.RAM

Equipa de campo

Albertina Nunes, Bruno Rodrigues, Carla Camacho, Carla Rodrigues, Cristiana Ferreira, Encarnação Viveiros, Helena Pestana, Hermínia Mendes, Maria Assumpta Basílio, Maria Lídia Freitas, Maria Luísa

Gonçalves, Maria Sónia Caires, Mary Gonçalves, Nélia Abreu, Rui Mendonça, Sandra Sousa, Sara Magalhães, Susana Santos

Equipa de Laboratório do Hospital Dr. Nélio Mendonça

Graça Andrade (coordenação), Dina Abreu, Fátima Costa, Joana Fernandes

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

Coordenação

Patrícia Vargas, Divisão de Planeamento e Qualidade, Direção de Serviços de Cuidados de Saúde, Direção Regional da Saúde

Equipa de campo

Almarim Silva, Ana Catarina Santos, Ana Margarida Matos, Ana Toste, António Ferro, Carla Duarte, Carla Garcia, Carolina Moniz, Catarina Machado, Cláudia Cunha, Cristina Santos, Dora Goulart, Graça Verdadeiro, Mara Ávila, Maria Carreiro, Maria de Fátima Guincho, Maria do Pilar Cabral, Maria Isabel Rodrigues, Maria José Goulart, Maria Luísa Rocha, Maria Silva Azevedo, Marisa Silva, Matilde Ferrer, Noélia Saraiva, Orlando Gomes, Paulo Fontes, Renato Bettencourt, Sara Sousa, Sílvia Guerreiro, Sílvia Pacheco, Susana Silva, Tânia Valadão, Zélia Martins

Equipa de Laboratório do Hospital do Divino Espírito Santo

Karyne Hyde (coordenação), Ana Freitas, António Vieira, Bernardete Taveira, Helena Silveira, João Medeiros, Mara Pereira, Maria Leonor Wallenstein, Maria Teresa Dias, Roberta Medeiros, Telma Ferreira

Equipa de Laboratório do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira

Ana Estibeiro (coordenação), Maria Silva Azevedo, Maria de Fátima Guincho

Equipa de Laboratório do Hospital da Horta

Judite Sachicumbi (coordenação), Regina Santos (coordenação), Dora Goulart, Sílvia Pacheco

Equipa de Laboratório da Unidade de Saúde de Ilha de S. Jorge

Paulo Sousa (coordenação), Orlando Gomes

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Felismina Mendes, Manuel José Lopes, Nuno Teixeira Antunes

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO

Ana Nunes, António Tavares, Graça Freitas, Isabel do Carmo, João Batista Soares, João Moura Reis, João Pedro Pimentel, José Albuquerque, José Manuel Boavida, José Robalo, Lucília de Carvalho, Maria Neto, Rui Ferreira, Sidsel Graff-Iversen

Agradecimentos

Os autores desejam exprimir o seu mais sincero agradecimento a todos os que contribuíram para que os objetivos do projeto fossem alcançados com sucesso.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE

Órgão e Unidades operativas

Conselho Diretivo; Direção de Gestão de Recursos Financeiros (Setores: Jurídico; de Gestão Financeira e de Contabilidade; de Aprovisionamento, Património e Logística; de Planeamento e Apoio à Investigação; de Gestão e de Apoio Laboratorial); Direção de Gestão de Recursos Humanos (Setor de Gestão de Recursos Humanos - Área de Expediente); Direção de Gestão de Recursos Técnicos (Setores: de Instalações e Equipamentos - Área de Instalações e Equipamentos, Serviço de Reprografia; de Tecnologias e Sistemas de Informação; de Apoio Técnico Especializado - Área de Comunicação, Marketing e Relações Externas; Área da Biblioteca da Saúde)

Departamento de Epidemiologia

Ana Paula Faria, Ausenda Machado, Clarisse Martinho, Cristina Brito, Emanuel Rodrigues, Inês Batista, João Machado, João Martins, Mafalda Uva, Mariana Neto, Paulo Vitorino, Ricardo Mexia, Susana Silva

INSTITUTO NORUEGUÊS DE SAÚDE PÚBLICA

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE

ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE

Alentejo

Alda João, Ausenda Martins, Amaro Júnior, Angel Campos, António Cabral, António Lança, António Ralha, Armínia Caeiro, Carlos Baquinho, Carlos Gomes, Carlos Marques, Celeste Revez, Conceição Peixeiro, Conceição Petra, Constança Matos, Cristina Branco, Dorinda Calha, Emília Duro, Eleonora Paixão, Fátima Breia, Fernanda Oliveira, Fernanda Ferreira, Fernando Peixeiro, Fernando Roques, Filomena Araújo, Francisco Chalaça, Francisco Crujo, Irene Rebelo, Joan Cuba, Joana Rosa, João Branco, Joaquim Crujo, Joaquina Matos, Jorge Queiroz, José Carapinha, José Chora, José Guerra, José Marques Robalo, José Ventura, Lucília Correia, Luís Albarran, Luís Pereira, Manuel Carvalho, Manuel José Lopes, Manuel Penedo, Manuela Lança, Marcia Olivera, Margarida Santos, Margarida Silveiro, Maria Falcão, Maria Helena Lima, Maria Manuel Casaca, Maria Martins, Maria Pimpão, Marta Augusto, Mohammad Wattar, Natália Pereira, Paula Falcão, Paula Valente, Pedro Calado, Raquel Bile, Rodrigo Gusmão, Rosa Bento, Rosa Ramalho, Rui Magalhães, Sandra Leal, Sérgio Carvalho, Sónia Santos, Susana Gomes, Susana Teixeira, Vanda Nobre, Vanda Palácios, Yovanis Yero

Algarve

Alexandra Monteiro, Alcía Nobre, Ana Cristina Guerreiro, Daniela Batista, Edelmina Sousa, Fátima Rodrigues Guerreiro, Francisco Sousa, Gabriela Peixoto, Guida de Jesus, João Moura Reis, Jorge Lami Leal, Leonor Bota, Maria Eliete Laboia, Maria Fátima Reis, Maria Luz Salas, Maia Rodrigues, Marta Chorondo, Nuno Ramos, Paulo David, Paulo Morgado, Rui Cardoso, Tiago Botelho, Zélia Ribeiras

Centro

Ana Pires Oliveira, Fernando Rodrigues, Gabriel Pires, Hugo Cravo, José Carlos Ribeiro, Lúcia Almeida de Carvalho, Lúcia Maria Mira, Mafalda Sofia Pereira, Maria Adelaide Batista, Maria Adelaide Póvoas, Maria Cândida Rodrigues, Maria Conceição Oliveira, Maria de Fátima Cunha, Maria Fátima Santos, Maria João Trindade, Olga Varandas, Patrícia Carvalho, Rosa Maria Basílio, Rui Jorge Macário, Rui Manuel Fonseca, Sandra Sofia Doce, Equipa da Unidade de Saúde Pública Centro de Saúde de Águeda

Lisboa e Vale do Tejo

Albino Correia, Alice Paiva, Álvaro da Cruz Martins, Ana Andrade, Ana Margarida Levy e restante equipa, Ana Oliveira e restante equipa, Ana Paula Fonseca e restante equipa, Ângela Dias, Ângela Lourenço, António Carlos, António Tavares, António Tiago, Benvinda Estela dos Santos, Carlos Pires, Carlos Sousa, Carmo Valdoleiros, Catarina Oliveira, Celeste Nascimento, Cláudia D'Arbuez Rainha, Cristina Brás, Elisabete Gomes, Elsa Soares, Elsa Zita Castro, Elvira Martins, Fátima Ferreira, Fátima Nogueira, Fernanda Fonseca, Fernanda Horta, Helena Andrade, Helena Canada, Helena Cargaleiro, Ibraime Manuel Carlos, Ileine Lopes, João Lucas e restante equipa, Joaquim Lopes, Joaquim Moura, Jorge Brandão, José Alberto Quintino, José André, Josefina Chemela, Leopoldina Simões Moreira, Lídia Garcia Lacerda, Lúcia Bragança e restante equipa, Luís Amaro, Luís Cunha

Ribeiro, Luís Eleutério, Luís Martins, Luís Nobre e restante equipa, Luís Pisco, Luísa Albuquerque, Marcelo Fernandes, Maria da Luz Pereira, Maria Graziela Pires, Maria João Barrau, Maria José Marques, Maria José Morais, Maria Leonor Neves, Maria Manuela Ivarez, Marina Silvestre, Miguel Cabral Pinho, Mónica Gomes, Nuno Venade, Padre Marcelo, Paula Fernandes, Pedro Baeta, Rafic Nordin, Rosa Valente de Matos, Rui Vieira, Sara Batista, Susana Santos, Teresa Sepúlveda, Vanessa Gouveia

Norte

Adelino Valente, Alice Magalhães, Ana Maria Tato, Ana Prata, Anastácia Campos, Carlos Flores, Carlos Nunes, Cristina Ferreira, Elísio Silva, Fernando Tavares, Helena Amorim, João Cruz, João Passos, Jorge Cruz, José Almeida, José Cardoso, José Carlos Leitão, Laurinda Queiroz, Luciano Santos, Luís Alves de Sousa, Luísa Fontes, Manuel Castro, Margarida Tavares, Maria da Glória Rapazote, Maria Manuela Felício, Maria Neto, Óscar Pereira, Vasco Machado

SECRETARIAS REGIONAIS DE SAÚDE

Região Autónoma dos Açores

Adriano Bravo, António Anacleto, Armando Leal Almeida, Isabel Mota, José Freitas, José Jacinto Botelho, Liseta Machado, Manuela Bizarro, Manuela Ferreira, Maria Emília Silveira, Olga Cordeiro

Aos Conselhos de Administração:

- do Hospital do Divino Espírito Santo
- do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira
- do Hospital da Horta
- da Unidade de Saúde do Faial
- da Unidade de Saúde de São Jorge
- da Unidade de Saúde de São Miguel
- da Unidade de Saúde da Terceira

Região Autónoma da Madeira

Ana Gouveia, Ana Nunes, Conceição Vieira,
Eugénio Mendonça, Francisco Jardim Ramos,
João Faria Nunes, João Mendonça, João Romeira,
José Manuel Carmo, Lúcia Correia, Luísa Baeta,
Margarida Ribeiro, Miguel Ferreira, Pedro Coelho,
Sidónia Nunes

Departamento de Epidemiologia

Instituto Nacional de Saúde *Doutor Ricardo Jorge*
Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal

Tel.: (+351) 217 526 487

Fax: (+351) 217 526 400

Email: insef@insa.min-saude.pt

Microsite: www.insef.pt

www.insa.pt

Financiamento



Entidades participantes

