

**UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO**

**GESTÃO E SAÚDE**  
**O COMPORTAMENTO DAS FAMÍLIAS NA GESTÃO DA SAÚDE:**  
**IMPACTO NA ESPERANÇA MÉDIA DE VIDA E NO DESENVOLVIMENTO**

Tese de Doutoramento em Gestão

**IVO DINIS DE OLIVEIRA**

**Trabalho efetuado sob a orientação de:**

Prof.<sup>a</sup> Doutor<sup>a</sup> Fernanda Maria Duarte Nogueira

Prof. Doutor Francisco José Lopes Sousa Diniz

Prof. Doutor João Paulo Marôco Domingos



**VILA REAL, 2012**



**UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO**

**GESTÃO E SAÚDE**  
**O COMPORTAMENTO DAS FAMÍLIAS NA GESTÃO DA SAÚDE:**  
**IMPACTO NA ESPERANÇA MÉDIA DE VIDA E NO DESENVOLVIMENTO**

Tese de Doutoramento em Gestão

**IVO DINIS DE OLIVEIRA**

**Trabalho efetuado sob a orientação de:**

Prof.<sup>a</sup> Doutor<sup>a</sup> Fernanda Maria Duarte Nogueira

Prof. Doutor Francisco José Lopes Sousa Diniz

Prof. Doutor João Paulo Marôco Domingos

Composição do Júri:

---

---

---

**VILA REAL, 2012**



Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Doutor em Gestão, sendo apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.



Aos meus pais



## AGRADECIMENTOS

Durante todo o processo de realização da minha tese, tive grande suporte e ajuda de muitas pessoas, às quais gostaria de exprimir a minha profunda gratidão.

Agradeço em primeiro lugar à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), toda a disponibilidade institucional, científica, administrativa e logística manifestada.

Aos meus orientadores, Professora Doutora Fernanda Maria Duarte Nogueira, do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa, Professor Doutor Francisco José Lopes Sousa Diniz da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Professor Doutor João Marôco, do ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, agradeço toda a orientação, apoio prestado e exigência de qualidade durante a elaboração deste trabalho. A tese que apresento, limitada pelas minhas incapacidades e por dificuldades várias, é-lhes devedora de correções fundamentais, orientadas pela experiência, o bom senso e um sólido espírito crítico.

Quero agradecer aos mil e vinte e um respondentes que colaboraram no preenchimento do questionário. Agradeço também aos muitos que colaboraram na recolha, um verdadeiro hino à amizade que jamais esquecerei. Sem eles seria impossível percorrer o país e apresentar uma tese com recolha de dados de Portugal continental.

Ao Sr. Professor Doutor Paulo Reis Mourão, reconheço a liberdade de troca de impressões que me foi permitida num momento crítico de elaboração do trabalho.

Muitas outras pessoas e entidades, de diversos modos, colaboraram na realização deste trabalho. Uma palavra para os meus colegas.

Num outro plano, quero agradecer a todos os meus amigos as palavras de incentivo, a paciência demonstrada face às minhas frustrações e, ainda, os bons momentos que me proporcionaram.

Por último, mas mais importante, agradeço à minha família, em especial aos meus pais e ao meu irmão o amor incondicional, o carinho, a dedicação, a paciência e o apoio constantes. A eles dedico todas as minhas realizações escolásticas.

E por fim, mas não menos, um agradecimento ao incentivo da minha mulher.

A todos reitero o meu muito OBRIGADO.

Ivo, 12 de Novembro de 2012



## RESUMO

O presente estudo representa uma investigação sobre a importância da gestão de saúde familiar no desenvolvimento, verificando assim a contribuição da gestão da saúde familiar para a esperança média de vida e o seu papel no desenvolvimento local, com as suas complexas relações causais. A promoção da saúde familiar passou a ser aprendida dentro das famílias, cujas crenças, valores e padrões de comportamento de saúde são formados e passados às gerações futuras. Verificamos que as condições de trabalho e em que vivem os cidadãos está relacionada com o seu nível de saúde, por via dos determinantes sociais de saúde (DSS). O modelo desenvolvido nesta tese, parte da análise dos determinantes invisíveis da saúde familiar, passando para o contributo que a gestão dos mesmos pode ter no aumento da qualidade de vida e da esperança média de vida. Concluimos que o facto de se considerar uma pessoa saudável não é independente da idade, atividade profissional, escolaridade, condições de habitação, número de residentes, ter filhos a residir, praticar exercício físico, hábitos tabágicos, visitar o médico de família ou um especialista. A mesma variável mostrou-se independente em relação ao estado civil ou às idas ao médico quando se está doente. A maioria vai ao médico por doença ou prevenção, procurando um médico de família e não um médico especialista, o que parece ser uma tendência recente. A maioria dos inquiridos exercem uma atividade profissional que consideram poder ter efeitos sobre a saúde. Em caso de doença própria ou de familiar a maioria das pessoas aconselha-se com o farmacêutico ou vai imediatamente ao médico. Sobre a perceção se a atividade profissional pode ter efeitos sobre a saúde, verificamos que a mesma não é independente do trabalho ser exercido por turnos ou existirem horas extraordinárias. É independente de trabalhar a partir do domicílio. Depois elaboramos uma análise fatorial consistente identificando um conjunto de fatores com importância sobre a gestão de saúde familiar, nomeadamente, *Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde; Precariedade Laboral; Hábitos Alimentares; Comportamentos de Saúde Familiar; Comportamentos Socioeconómicos; Educação e prevenção para a saúde*, assim como um fator geral deles resultante que denominamos por *obstáculos à saúde familiar*. Posteriormente agrupamos por Distrito, verificando as diferenças entre eles. Finalmente estimamos uma regressão linear onde verificamos os fatores mais importantes para explicar a esperança média de vida e a sua previsível evolução para 2050.



## ABSTRACT

The present study is an investigation into the importance of management in the development of family health, thus verifying the contribution of familiar health management to average life expectancy and their role in local development, with its complex causal relationships. The importance of promoting family health began to be learned within families whose beliefs, values and patterns of health behavior are formed and passed on to future generations. We found that the various definitions of social determinants of health (SDH) express, with greater or lesser level of detail, the concept currently quite widespread that the conditions of life and work of individuals and population groups are linked with their health situation.

The model developed in this thesis, starts from the analysis of the invisible determinants of family health, going to the contribution that their management can have on increasing the quality of life and life expectancy. We conclude that fact of a person considers himself as healthy is not independent of age, occupation, education, housing, number of residents, have children to reside, physical exercise, smoking, visiting the family doctor or a specialist. The same variable proved to be independent in relation to marital or trips to the doctor when they're sick. Most goes to the doctor for disease prevention or looking for a family doctor and not a medical expert, what appears to be a recent trend. Most respondents exerts an occupation. They believe it will have effects on health. In case of illness most people is advised by the pharmacist or decide to go immediately to the doctor. About the perception over professional activity and health effects, we find that it is not independent of the work being performed in shifts or overtime. It is independent of working from home.

We run a factor analysis identifying a consistent set of factors of importance on managing family health, Such as Lack of access to health care "Precarious Employment"; "Eating Habits"; "Family Health Behaviors"; "Socioeconomic Behavior"; "Education and prevention for health" as well as a general factor of them resulting in what we call "barriers to family health."

Later we group by district, checking the differences between them. Finally we estimate a linear regression where we find the most important factors to explain the life expectancy and foreseeable trends for 2050.



## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS .....	ii
RESUMO .....	iv
ABSTRACT .....	vi
ÍNDICE GERAL .....	i
ÍNDICE DE FIGURAS .....	v
ÍNDICE DE TABELAS .....	vii
ABREVIATURAS.....	ix
<b>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 Enquadramento e Problemática .....	1
1.2 Importância Da Temática/Justificação do Tema .....	4
1.3 Objetivos do Estudo .....	9
1.4 Questões de Investigação .....	12
1.5 Metodologia do Estudo .....	15
1.6 Contributo da Tese .....	20
1.7. Estrutura do Estudo .....	21
<b>CAPÍTULO II – CONCEÇÃO GLOBAL DE SAÚDE E FAMÍLIA, QUALIDADE E ESPERANÇA MÉDIA DE VIDA.....</b>	<b>23</b>
2.1 Conceito de Saúde .....	23
2.2 Saúde e Família .....	25
2.2.1 O Saudável como um Fator de Integração Social .....	26
2.2.2 Promoção da Saúde Familiar .....	29
2.2.3 Cuidados de Saúde Primários – Médico e Enfermeiro de Família .....	31
2.3 Saúde, Crescimento e Desenvolvimento Económico.....	34
2.4 Alguns dados sobre a Saúde em Portugal .....	39
2.5 Perceção sobre a Saúde em Portugal.....	41
2.6 Evolução das Políticas Públicas de Saúde em Portugal na Vertente da Equidade .....	43
2.7 Qualidade e Saúde .....	45
2.8 Qualidade de Vida .....	49
2.8.1 Qualidade de Vida na Europa.....	52
2.8.2 Qualidade de vida em Portugal.....	56
2.9 Esperança Média de Vida .....	57
2.10 Conclusão.....	61
<b>CAPÍTULO III – DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....</b>	<b>63</b>

3.1 Hábitos Alimentares e Saúde .....	64
3.2 Exercício Físico e Comportamentos de Socialização e Lazer .....	68
3.3 Condições Sociais e Económicas .....	70
3.3.1 Impacto da Crise Económica Sobre a Saúde – Contexto Atual .....	73
3.4 Condições Laborais .....	74
3.5 Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde .....	78
3.6 Prevenção e Educação para a Saúde .....	84
3.7 Condições Habitacionais .....	85
3.8 Conclusão .....	89
<b>CAPÍTULO IV – INTER-RELAÇÕES ENTRE OS DETERMINANTES .....</b>	<b>90</b>
4.1 Relação entre Condições Habitacionais, Socioeconómicas e Acessibilidade .....	90
4.2 Alimentação em Contexto Laboral .....	90
4.3 Relação entre Condições Habitacionais, Socioeconómicas e Comportamentos de Socialização e Lazer .....	94
4.4 Motivação para a Prevenção - Relação entre Hábitos Alimentares, Prevenção e Educação para a Saúde .....	96
4.5 Atuação Perante a Saúde – Relação entre Acesso e Utilização dos Serviços e Prevenção e Educação para a Saúde .....	97
4.6 Relação entre Condições Habitacionais e Hábitos Alimentares .....	99
4.7 Conclusão .....	100
<b>CAPÍTULO V – METODOLOGIA .....</b>	<b>101</b>
5.1 Estudo de Base .....	101
5.2 Modelo de Investigação .....	102
5.3 Hipóteses .....	104
5.4 Questionário e a Amostra .....	105
5.5 Elaboração do Questionário .....	106
5.5.1 Sobre as Condições Habitacionais das Famílias Inquiridas .....	106
5.5.2 Sobre as Condições de Utilização e Acesso aos Serviços De Saúde .....	106
5.5.3 Sobre as Condições Laborais .....	107
5.5.4 Sobre os Comportamentos de Socialização e Lazer .....	108
5.5.5 Sobre os Hábitos Alimentares .....	108
5.5.6 Sobre os Comportamentos de Prevenção e Educação para a Saúde .....	109
5.5.7 Sobre as Condições Sociais e Económicas .....	110
5.6 Conceção e Configuração do Questionário Online .....	112
5.7 Administração do Questionário .....	112
5.8 Dimensão e Caracterização da Amostra .....	113
5.9 Principais Características da Amostra .....	114
<b>CAPÍTULO VI – ANÁLISE DO INQUÉRITO .....</b>	<b>119</b>
6.1 Sobre as Condições Habitacionais .....	121

---

6.2 Sobre as Condições de Utilização e de Acesso aos Serviços de Saúde .....	123
6.3 Sobre as Condições Laborais .....	127
6.4 Sobre os Comportamentos de Socialização e Lazer .....	128
6.5 Sobre os Hábitos Alimentares .....	130
6.6 Sobre os Comportamentos de Prevenção e Educação para a Saúde .....	132
<b>CAPÍTULO VII – RELAÇÕES ENTRE PERCEÇÃO DE SAÚDE E VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS.....</b>	<b>135</b>
<b>CAPÍTULO VIII – ANÁLISE FATORIAL.....</b>	<b>141</b>
8.1 Análise Factorial Confirmatória .....	144
8.2 Comparação por Regiões e Distritos.....	146
8.3 Análise de Regressão .....	155
<b>CAPÍTULO IX – DA DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À INVESTIGAÇÃO FUTURA.....</b>	<b>163</b>
9.1. Discussão dos Resultados do Modelo Estrutural e das Hipóteses Testadas .....	163
9.2. Sumário dos Resultados do Estudo e Principais Contribuições.....	174
9.3. Implicações para os Agentes .....	179
9.4. Limitações do Estudo .....	183
9.5. Futuras Linhas de Investigação.....	184
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>189</b>
LEGISLAÇÃO.....	219
<b>ANEXOS .....</b>	<b>221</b>
Anexos – Capítulo VI.....	221
Anexos – Capítulo VII.....	227
Anexos – Capítulo VIII.....	235



## ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustração 1: Desenvolvimento de quadro conceptual.....	3
Ilustração 2: Determinantes Sociais das Disparidades ao nível da Saúde .....	5
Ilustração 3: Interligação dos capítulos da tese com os objetivos gerais de investigação .....	11
Ilustração 4: Metodologia de investigação .....	13
Ilustração 5: Elementos do Processo de Pesquisa .....	16
Ilustração 6: Atos e etapas do procedimento científico .....	17
Ilustração 7: Principais Etapas do Processo de Investigação .....	18
Ilustração 8: Definição do Modelo de Investigação .....	19
Ilustração 9: Desenvolvimento definido etimologicamente .....	35
Ilustração 10: Gastos em Saúde em percentagem do PIB nos países da OCDE em 2009 .....	40
Ilustração 11: Esperança média de vida à nascença, para cada sexo (em anos), valores observados e projetados, Portugal e NUTS II, 1881-2050 .....	61
Ilustração 12: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead .....	64
Ilustração 13: Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist .....	64
Ilustração 14: Roda dos alimentos e Balança alimentar portuguesa, 2008 .....	67
Ilustração 15: Prevalência de Saúde mental fraca nos trabalhadores manuais em Espanha, por tipo de contrato .....	75
Ilustração 16: inter-relações entre trabalho, saúde e emprego .....	77
Ilustração 17: Custos de acesso aos serviços de saúde, por país, UE27 .....	82
Ilustração 18: Incapacidade em manter as casas quentes - Prevalência em função do nível de pobreza .....	89
Ilustração 19: Modelo Conceptual proposto .....	102
Ilustração 20: modelo de investigação .....	103
Ilustração 21: Fazes de elaboração do instrumento de pesquisa .....	113
Ilustração 22: Gráfico de idade .....	115
Ilustração 23: Faixa etária .....	116
Ilustração 24: Estado Civil .....	117
Ilustração 25: Escolaridade .....	117
Ilustração 26: Qual é para si o aspeto da vida mais importante? .....	119
Ilustração 27: Considera-se uma pessoa saudável? .....	120
Ilustração 28: Exerce alguma atividade profissional? .....	120
Ilustração 29: Considera a sua habitação adequada a uma boa saúde? .....	121
Ilustração 30: Número de divisões do alojamento .....	122
Ilustração 31: Quantas pessoas residem no alojamento não contando consigo .....	122
Ilustração 32: Presença em consulta nos últimos doze meses .....	123
Ilustração 33: Motivo de presença em consulta .....	123
Ilustração 34: Consultas nos últimos 12 meses .....	124
Ilustração 35: Tipo de médico especialista .....	125
Ilustração 36: Em que medida concorda com as seguintes afirmações? .....	126

Ilustração 37: Aspectos laborais .....	127
Ilustração 38: É casada (o) ou vive com cônjuge/companheiro .....	128
Ilustração 39: Profissão do companheiro .....	128
Ilustração 40: Como considera o Estado de Saúde de Cônjuge .....	129
Ilustração 41: Como considera o Estado de Saúde dos Filhos? .....	129
Ilustração 42: Frequência de consumo de certos alimentos .....	130
Ilustração 43: Impedimentos para uma alimentação sadia .....	131
Ilustração 44: Nos últimos 5 anos, a sua saúde e a dos seus familiares foi afetada por algum dos seguintes aspetos? .....	132
Ilustração 45: Ações que efetua quando um membro da família fica doente .....	133
Ilustração 46: Hábitos tabágicos .....	133
Ilustração 47: Como Considera a sua saúde? .....	134
Ilustração 48: Análise Fatorial Confirmatória .....	145
Ilustração 49: Análise Fatorial - modelo causal com variável latente .....	146
Ilustração 50: Quadro de Variáveis e dimensões .....	226
Ilustração 51: Teste do <i>Qui Quadrado</i> .....	227
Ilustração 52: Teste <i>Qui Quadrado</i> - faixa etária .....	227
Ilustração 53: Tabela cruzada entre percepção de saúde e estado civil e teste do <i>Qui Quadrado</i> .....	227
Ilustração 54: Tabela cruzada entre percepção de saúde e atividade profissional e teste do <i>Qui Quadrado</i> .....	228
Ilustração 55: Tabela cruzada percepção de saúde e escolaridade e teste do <i>Qui Quadrado</i> .....	228
Ilustração 56: Tabela do <i>Qui Quadrado</i> sobre adequação da habitação .....	229
Ilustração 57: Percepção de saúde e número de residentes no domicílio e teste de <i>Qui quadrado</i> .....	229
Ilustração 58: Tabela Cruzada percepção de saúde e ida ao médico em caso de doença e teste de <i>Qui quadrado</i> .....	229
Ilustração 59: Tabela Cruzada percepção de saúde e ida a consulta nos últimos 12 meses e teste de <i>qui quadrado</i> .....	230
Ilustração 60: Tabela cruzada percepção de saúde e prática de atividade física .....	232
Ilustração 61: tabela cruzada entre percepção de saúde e filhos a residir e teste do <i>Qui Quadrado</i> .....	233
Ilustração 62: Tabela Cruzada entre percepção de saúde e hábitos tabágicos e teste do <i>Qui Quadrado</i> .....	234

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Tipologia ou categorização de cuidados de saúde .....	33
Tabela 2: Indicadores de Bem-estar, UE27 .....	53
Tabela 3: Frequência de contacto com a família e os parentes que vivem fora do ambiente familiar, .....	57
Tabela 4: Satisfação média com a saúde na UE27, por género e rendimento .....	55
Tabela 5: Evolução de indicadores relevantes.....	58
Tabela 6: Esperança de Vida à nascença (em anos), 1975-2050, Portugal.....	61
Tabela 7: Quantidade de inquéritos por Distrito.....	114
Tabela 8: Resultado do teste de <i>Qui-Quadrado</i> para: <i>Considera-se uma pessoa saudável</i> .....	137
Tabela 9: Resultado do teste de <i>Qui-Quadrado</i> para as questões assinaladas em função do Género .....	138
Tabela 10: Resultado do teste de <i>Qui-Quadrado</i> para as questões assinaladas em função de se considerar uma pessoa saudável .....	139
Tabela 11: Resultado do teste de <i>Qui-Quadrado</i> para as questões assinaladas em função de exercer atividade profissional .....	139
Tabela 12: Recomendação relativamente à análise factorial do valor de KMO.....	142
Tabela 13: Tabela de Solução Fatorial .....	143
Tabela 14: ANOVA - Comparação por região.....	148
Tabela 15: Comparação por Distrito .....	149
Tabela 16: EMV por região .....	152
Tabela 17: EMV por Distrito .....	154
Tabela 18: Valores de regressão para EMV .....	156
Tabela 19: Valores para regressão EMV, método <i>stepwise</i> .....	156
Tabela 20: Valores para regressão EMVi .....	157
Tabela 21: Valores para Regressão EMVi, método <i>stepwise</i> .....	158
Tabela 22: Valores para regressão EMV2050, método <i>enter</i> .....	159
Tabela 23: Valores para regressão EMV2050, método <i>stepwise</i> .....	160
Tabela 24: Efeito preditivo do fator geral de perceção de saúde sobre a esperança média de vida.....	160
Tabela 25: Efeito preditivo do fator geral de perceção de saúde sobre a esperança média de vida à idade.....	161
Tabela 26: Influência de FG no EMV em 2050 .....	161
Tabela 27: Efeito preditivo do fator geral de perceção de saúde sobre a esperança média de vida.....	173
Tabela 28: Efeito preditivo do fator geral de perceção de saúde sobre a esperança média de vida à idade.....	173
Tabela 29: Influência de FG no EMV em 2050 .....	174



## ABREVIATURAS

<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>EMV</b>	Esperança Média de Vida
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PPC</b>	Paridade de Poder de Compra
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>LBS</b>	Lei de Bases da Saúde
<b>COI</b>	Custos da Doença (Costs of illness)
<b>USD</b>	Dólares Americanos
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
<b>UE27</b>	União Europeia (27 países membros)
<b>EUR</b>	Euro (moeda)
<b>TC</b>	Tomografia Computadorizada
<b>MRI</b>	Unidades de ressonância Magnética
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>PNS</b>	Plano Nacional de Saúde
<b>WHOQOL</b>	Estudo da OMS sobre a Qualidade de Vida
<b>QVG</b>	Qualidade de Vida Geral
<b>EUROFOUND</b>	Fundação da União Europeia
<b>EQLS</b>	Estudo Sobre a Qualidade de Vida na Europa
<b>EUROSTAT</b>	Gabinete de Estatísticas da União Europeia
<b>DSS</b>	Determinantes sociais da saúde
<b>CHUC</b>	Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>DCNT</b>	Doenças Crónicas Não Transmissíveis
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>EMVi</b>	Esperança de Vida à Idade
<b>EMV 2050</b>	Esperança Média de Vida em 2050
<b>GFI</b>	Goodness of Fit Index
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index
<b>RMSEA</b>	Root Mean Square Error of Approximation
<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde
<b>SAP</b>	Serviço de Atendimentos Permanente
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários (CSP)
<b>PNV</b>	Plano Nacional de Vacinação
<b>ERS</b>	Entidade Reguladora da Saúde
<b>RRH</b>	Rede de Referência Hospitalar

<b>CINDI</b>	Countrywide Noncommunicable Disease Intervention
<b>EUPHIX</b>	European Union Public Health Information System
<b>AMOS</b>	Software Analysis of Moments Structures (v.19, SPSS Inc, Chicago, IL)
<b>MECVI</b>	Modelo Expected Cross-Validation Index
<b>SPSS</b>	Software Estadístico IBM
<b>MIMIC</b>	Multiple Imputation and Multiple Causes

## CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Neste capítulo faz-se uma apresentação da tese. Inicialmente é discutido o contexto, motivação e problemática que levaram à realização da mesma. Seguindo-se a apresentação dos objetivos gerais e específicos da investigação, bem como a síntese das hipóteses em estudo no modelo teórico proposto.

Os principais métodos usados na validação empírica também são apresentados de forma resumida. Finalmente é discutida a contribuição da tese e apresentada a sua estrutura de organização.

### 1.1 Enquadramento e Problemática

A saúde é um direito universal e fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade justa. Em termos éticos, a saúde apresenta um duplo valor moral, uma vez que é essencial para a qualidade de vida e para a vida (Berlinguer, 2008). É certo que a saúde está diretamente ligada às condições de vida. A influência nela exercida por fatores sociais, como o rendimento, a educação, o envolvimento social, o saneamento, a qualidade ambiental e habitacional é um fenómeno amplamente reconhecido (Solar & Irwin, 2010).

Através deste estudo pretende-se efetuar uma análise capaz de englobar o conjunto completo de condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, notando de antemão que é importante considerar todos os fatores, mesmo assumindo que não têm igual importância à partida. Uma boa parte deste trabalho preocupar-se-á com o esclarecimento destas distinções, tornando explícitas as relações entre determinantes das desigualdades em saúde e os seus efeitos ao nível individual. Será uma análise à realidade nacional, procurando abarcar-se territórios com características distintas, em termos de características geográficas e sociais. Terá como ponto de partida um trabalho anterior denominado: *O contributo (in)visível, gestão familiar dos cuidados de saúde* (Nogueira & Leandro, 2010). Procuraremos efetuar um estudo focado nas várias dimensões da vida dos indivíduos e suas dimensões críticas, inclusivamente numa vertente territorial. Teremos como objetivo principal a análise do comportamento das famílias na gestão da saúde e o seu impacto na esperança média de vida, indicador de desenvolvimento. No que respeita à metodologia, não seguiremos uma via única. Numa

primeira fase, incidiremos sobre a pesquisa bibliográfica e documental, uma vez que a revisão da literatura e a construção do modelo teórico integram a etapa do processo de investigação denominada como a definição do modelo teórico. Segundo Veal (1997, p. 69), «*Não existe praticamente nenhuma investigação que não beneficie de alguma referência à literatura existente. Para a maior parte da investigação, essas referências são fundamentais.*». «*Rever investigações anteriores ou escrever sobre um tema é um passo vital no processo de investigação. (...) A investigação nesta área não é tão abundante que permita ignorar o trabalho realizado por outros autores*» (Veal, 1997, p. 76).

Tendo por base o modelo de investigação definido por Quivy e Campenhoudt, a revisão de literatura integra a fase de exploração, enquanto *as entrevistas e os métodos de complemento auxiliam o investigador a contactar com a realidade vivida pelos atores sociais* (Quivy e Campenhoudt, 1998, p. 49).

Outra questão particularmente importante prende-se com o trabalho desenvolvido por outros autores na mesma área de investigação. Como refere Quivy e Campenhoudt (1998, p. 50) «*Quando um investigador inicia um trabalho, é pouco provável que o assunto tratado nunca tenha sido abordado por outra pessoa, pelo menos em parte ou de forma indireta*», ou seja, uma investigação não tem necessariamente de começar do zero, sendo fundamental reunir informação sobre a investigação realizada na área, que apresente o ‘estado da arte’ e permita a ‘construção’ de mais um bloco de conhecimento.

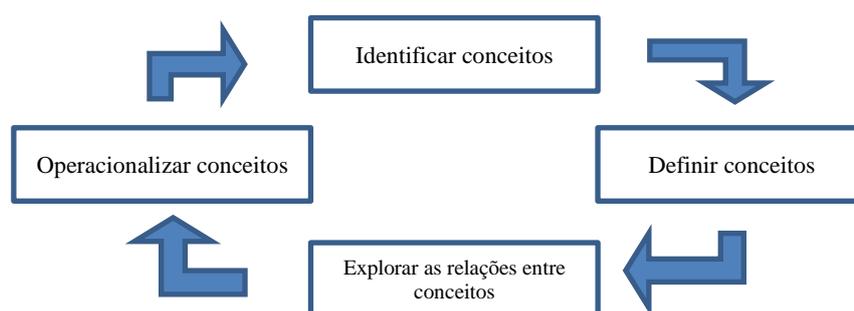
A revisão de literatura desempenha um papel fundamental no processo de investigação. Para Veal (1997, p. 69), «*A revisão de literatura apresenta o estado do conhecimento num determinado tema, constituindo-se também como uma fonte, ou estímulo de ideias, quer em termos substantivos quer em termos metodológicos*».

Nesse sentido, procedeu-se a uma revisão da literatura tendo em atenção a temática considerada e o problema de investigação definido. Pretende-se assim apresentar o estado da arte nas temáticas em análise e que integram os capítulos teóricos definidos (Capítulo I, II e III e IV).

A definição e construção de um modelo teórico constitui-se como um desafio e uma etapa importante para a investigação. Para Veal (1997, p. 44) «*O desenvolvimento de um quadro conceptual é sem dúvida a parte mais importante de qualquer projeto de investigação e também o mais difícil. (...) A elaboração de um quadro conceptual envolve a definição de conceitos. Conceitos são representações gerais dos fenómenos em estudo*».

Através da definição do quadro conceptual pretende-se analisar as relações existentes entre os conceitos apresentados determinando um fio condutor para a investigação em si. Para Deshaies (1997, p. 295), «*A pesquisa implica o uso de uma técnica de exploração, ou método, a recolha de dados ou de informação, e a organização e sistematização da informação tendo em vista a análise e a interpretação do material de pesquisa recolhido*». É fundamental organizar e sistematizar a informação recolhida para que a análise e interpretação da informação seja direcionada e objetiva.

Para Quivy e Campenhoudt (1998, p. 150), «*O modelo de análise é o prolongamento natural da problemática*. A construção do modelo teórico pretende apresentar aquilo que é central para a investigação, de forma a criar um fio condutor de análise. De acordo com Veal (1997, p. 44), o desenvolvimento de um quadro conceptual envolve 4 fases, (1) a identificação dos conceitos, geralmente o ponto de partida; (2) a definição de conceitos; (3) a exploração de relações entre conceitos; e a (4) operacionalização de conceitos, que envolve a decisão de como devem ser medidos os conceitos, de um ponto de vista quantitativo ou qualitativo.



Fonte: Veal, 1997

**Ilustração 1: Desenvolvimento de quadro conceptual**

No entanto, apesar de existirem estas quatro etapas, não tem necessariamente de ocorrer de uma forma contínua, uma vez que se pretende essencialmente uma interação ao longo da investigação que permita encontrar um quadro conceptual adequado. Veal (1997, p. 46) refere ainda que «*o elemento central para grande parte da investigação é a possibilidade de encontrar relações entre os vários conceitos definidos e considerados como fundamentais para o estudo*». O modelo definido relaciona os capítulos teóricos e as temáticas abordadas em cada um. O princípio enunciado por Veal confirma-se nesta investigação, dado que se encontram relações entre os vários conceitos definidos e considerados fundamentais para o estudo, existindo uma complementaridade de análise entre as várias temáticas abordadas. Posteriormente complementaremos com metodologias qualitativas e quantitativas. Procurar-

se-á uma representatividade de amostra capaz de produzir comparações válidas com outros estudos sobre esta temática.

O trabalho estará organizado tendo em conta um primeiro bloco de capítulos teóricos e depois um aprofundado estudo empírico que nos permitirá tirar as respetivas conclusões.

## 1.2 Importância Da Temática/Justificação do Tema

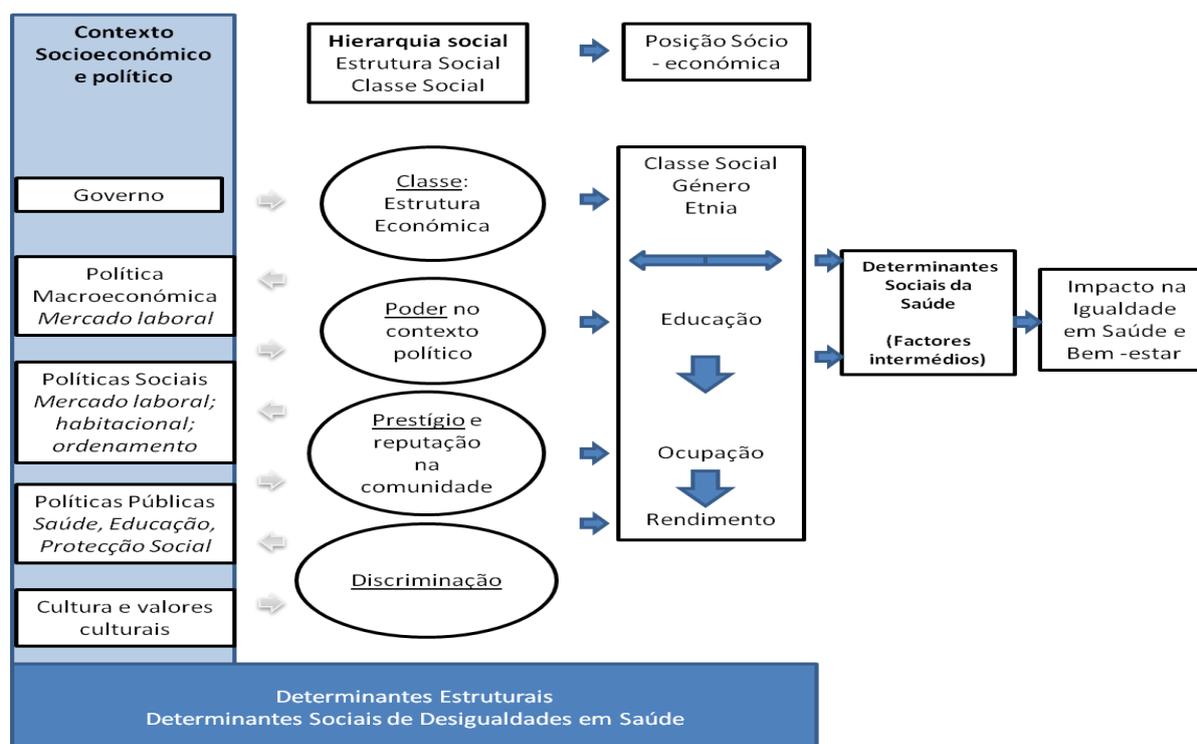
A vida moderna integrou o dever de saúde como recurso que o indivíduo deve promover. Ser saudável é, nos nossos dias, um dever de cidadania, cuja estratégia de disseminação na população faz apelo ao desejo individual de longevidade sem incapacidade, reforçado pela constante indução, política e mediática, da noção de responsabilidade coletiva pela rutura da capacidade económica de financiamento dos serviços de cuidados de saúde (Silva, 2008).

Nos últimos anos temos visto grandes avanços na nossa compreensão da relação entre saúde, economia e desenvolvimento em países de baixo nível de rendimento económico. No entanto, esta questão tem recebido pouca atenção por parte dos países mais ricos. A saúde não deve ser vista como um mero subproduto do desenvolvimento económico, mas como um dos vários fatores determinantes do desenvolvimento económico e redução da pobreza. Praticamente ninguém discorda que a saúde, a perceção da saúde ou a satisfação com a mesma seja o fator mais importante para o bem-estar humano.

Existem diferentes usos para a expressão “qualidade de vida”, sendo esta empregada de forma diferente em função do que se pretende medir e avaliar, tendo que ser compreendido como influenciado por todas as dimensões da vida. Com a modernidade, mais do que vivermos numa sociedade de risco, os indivíduos situam-se numa “cultura do risco” (*idem*), o que leva a que a promoção da saúde se construa numa nova configuração biopolítica que pretende regular já não apenas o corpo, já não apenas o sujeito individual, mas também, o sujeito social que deve assumir a responsabilidade de se proteger do risco, a si próprio e à sociedade.

A família é também considerada como um agente promotor da saúde, realizando tarefas para se fortalecer, aumentando o bem-estar e a qualidade de vida (Pender, 1996), procurando tratar das relações familiares, dando-lhes equilíbrio, coesão e adaptabilidade. O conhecimento das condições relativas à saúde é essencial no estabelecimento de medidas de melhoria da qualidade de vida para toda a sociedade.

O conceito de saúde, entendido como resultado do estilo de vida, condições biológicas e acesso aos bens e serviços, diretamente relacionado com os determinantes de saúde de uma comunidade, transcende as concepções que tendem a reduzir estes problemas ao âmbito das doenças ou enfermidades e dos níveis de serviço prestado em hospitais ou centros de saúde. São várias as dimensões a ter em conta.



Fonte: Adaptado de (Australian Indigenous Health Bulletin Vol 11 No 3, July-September 2011)

**Ilustração 2: Determinantes Sociais das Disparidades ao nível da Saúde**

Focaremos e analisaremos cada uma delas, iniciando pelas condições de moradia, onde o reconhecimento da gama de fatores que influenciam a saúde vem evoluindo desde os antigos conhecimentos que apenas tomavam em conta o saneamento básico dirigido à prevenção e controle dos riscos biológicos, até ao ponto atual, onde se reconhece a necessidade de uma estratégia que incorpore também fatores químicos, psicossociais e físicos presentes na habitação e áreas circundantes.

Outra dimensão a abordar está relacionada com as condições laborais e o seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores. Olharemos de perto para as condições de trabalho, o *stress*, a precariedade, as irregularidades, a flexibilidade e estabilidade no mercado de trabalho de forma a vermos os seus efeitos na saúde dos trabalhadores, sobretudo a nível mental.

Quanto ao uso e acesso dos serviços de saúde, uma sociedade, inserida num território é definida não só pelos problemas e necessidades de saúde, mas também pelas respostas sociais

a esses problemas. Assim, é necessário identificar as barreiras que os grupos mais vulneráveis têm que enfrentar, principalmente os que estão expostos à pobreza, exclusão social ou isolamento geográfico (Mackenbach, Bos, & Andersen, 2008).

Outro aspeto a considerar relaciona-se com os comportamentos de socialização e lazer, em que os benefícios para a saúde pela prática regular de exercício físico são resultantes de respostas e adaptações dos sistemas respiratório, cardiovascular e muscular. Há também um impacto positivo em termos psicológicos, visto que dá a sensação de bem-estar e prazer, diminuindo a ansiedade e depressão, melhorando o ânimo para realizar outras tarefas menos desafiantes (Vancini, Lira, & Arida, 2008).

Desenvolveremos também o estudo dos comportamentos de prevenção e educação para a saúde, na medida em são importantes na prevenção de doenças e supressão de carências das populações (Candeias, 1997). Aqui abordaremos os aspetos relacionados com a higiene pessoal, hábitos tabágicos, sedentarismo e estilo de vida.

Também no que respeita aos hábitos alimentares, o estado de saúde de uma população está diretamente relacionado com o modo de vida adotado. As capacidades financeiras e o progresso económico induzem também uma alteração, nem sempre positiva, ao nível dos hábitos alimentares. Em sociedades avançadas, este novo modo de vida leva também ao crescimento do *fast-food* e a comportamentos nefastos ao nível alimentar logo desde a infância e adolescência. Abordaremos também as condições sociais e económicas, pois as estruturas de classes continuam a afirmar-se como um dos eixos fundamentais da estruturação das desigualdades sociais, refletindo relações assimétricas de poder, associadas à distribuição desigual de recursos e de oportunidades (Almeida, Machado, & Costa, 2006). Desta forma, e tendo em conta uma realidade geográfica e as próprias relações entre os determinantes, procuraremos aprofundar esta temática tão importante.

Quanto às condições de habitabilidade, segundo o conceito de habitação saudável, a residência é considerada como um agente da saúde dos seus moradores e está relacionada com o território geográfico e social onde está inserida, os materiais usados na sua construção, o processo de construção, a área útil habitada, a qualidade dos acabamentos, o contexto global relacionado (comunicações, energia, vizinhança), estando também relacionado com a educação em saúde e ambiente dos seus moradores sobre estilos e condições de vida saudável.

Alguns aspetos materiais da habitação têm impacto direto sobre a saúde como por exemplo a sua estrutura de construção, condições internas como humidade e temperatura. Galobardes (2006) propõe uma série de atributos domésticos como o aquecimento central,

tapetes, uso exclusivo de sanitários, frigorífico, máquina de lavar, ou telefone. Essas condições domésticas podem também estar associadas a mecanismos específicos de doença. A presença de humidade na moradia, a qualidade dos materiais de construção, o número de quartos na casa e superlotação são também variáveis que se relacionam com o alojamento podendo afetar os resultados de saúde através de um número de diferentes mecanismos. Excesso de ruído em casas superlotadas e tráfego rodoviário exagerado perto do local são uma causa comum de interrupção do sono que pode levar à incapacidade de concentração e irritabilidade.

Devemos considerar igualmente o ambiente interno da habitação, uma vez que a qualidade do ar pode ser contaminada a partir de um número de diferentes fontes. Uma especial atenção deverá ser dada à eficiência energética das habitações. A habitação desempenha igualmente um efeito sobre a saúde mental dos ocupantes. As características sociais e físicas da área circundante à residência são importantes para manter a boa saúde dos ocupantes. Mas existem também efeitos indiretos relacionados com a posse da habitação. A acessibilidade económica, em termos de custo da habitação, tem claras implicações para a saúde.

As condições de emprego e trabalho têm efeitos dramáticos na igualdade na saúde. Quando são boas, podem assegurar estabilidade financeira, estatuto social, desenvolvimento pessoal, relações sociais, autoestima e proteção de riscos físicos e psicossociais. De acordo com (Spector, 2005), a satisfação no trabalho é uma variável de atitude que representa como uma pessoa se sente em relação ao seu trabalho de forma geral e em vários dos seus aspetos. Em poucas palavras, a satisfação no trabalho é o quanto as pessoas gostam do que fazem.

Devemos também teorizar sobre o acesso e utilização de serviços de saúde. O território é suporte de relações (sociais, económicas e políticas) em permanente interação, no qual os diferentes atores sociais procuram viabilizar os seus projetos e desejos para melhorar a sua qualidade de vida (Gonçalves & Miranda, 2010).

No caso da saúde temos verificado avanços significativos na expansão do acesso a uma gama mais ampla de serviços, tendo efeitos importantes sobre a queda da mortalidade infantil e a duração da vida dos indivíduos adultos, afetando o indicador de esperança de vida ao nascer.

O efeito do exercício físico sobre o sistema nervoso tem sido alvo de vários estudos (Vancini et al., 2008). A realização de exercício físico tem revelado uma melhoria da função

cognitiva, assim como estimula a vascularização cerebral, estimula neurogênese e melhora a aprendizagem.

Os comportamentos de socialização e lazer são encarados numa perspectiva de melhoria de qualidade de vida e aumento da esperança de vida, numa visão em que ao aumento do número de anos de existência deve corresponder uma vida preenchida, saudável e de convivência em sociedade.

Outro aspeto importante é a rede de apoio social, que pode ser representada pelas relações de um indivíduo nas diversas situações da vida quotidiana, na família e na sociedade, como nas pessoas idosas, onde com frequência se encontram aspetos que demonstram a saúde não é entendida por eles apenas como ausência de doença. Ter saúde demarca a importância de distanciarmos a noção de qualidade de vida do reducionismo biológico, pois ter uma doença controlada ou tomar remédios não faz o cidadão perceber-se como um ser doente.

Importantes são também os comportamentos de prevenção e educação para a Saúde. Os hábitos alimentares condicionam grandemente o estado de saúde (Gonçalves, 2006).

As estruturas de classes continuam a afirmar-se como um dos eixos fundamentais da estruturação das desigualdades sociais, refletindo relações assimétricas de poder, associadas à distribuição desigual de recursos e de oportunidades (Almeida et al., 2006). Assim, teremos que averiguar das condições económicas e sua relação com a qualidade de vida.

Fumar está mais relacionado com doenças do que qualquer outra prática de estilo de vida (Cockerham, 2008).

As relações assimétricas de poderes e as distribuições desiguais de recursos no espaço social estruturam desiguais condições de existência e trajetórias de vida (Almeida et al., 2006). As relações que os indivíduos têm com os serviços e profissionais de saúde e com os seus corpos e sintomas, estilos de vida, padrões de consumo de álcool e tabaco e com as possibilidades de tratamento, são condicionadas pela posição e trajetória social. Os efeitos cumulativos que resultam da interação entre estes fatores, ao longo dos percursos de vida, traduzem-se numa desigual incorporação da doença e da longevidade.

Como estas dimensões não se apresentam como estanques, havendo evidência de interação entre si, verificamos também essas mesmas relações.

Abordamos também o conceito de qualidade de vida, sendo uma variável mais abrangente do que o estado de saúde e muito em voga nos países desenvolvidos, onde se sente uma necessidade de valorizar parâmetros mais amplos do que os indicadores de mortalidade ou o controlo de sintomas.

Olhamos também para a esperança média de vida, no sentido de que a melhoria das condições de vida dos países, tem-lhes permitido ganhos elevados na esperança média de vida. Este é também um indicador que faz parte do índice de desenvolvimento humano e permite a ligação aos estudos do desenvolvimento.

### 1.3 Objetivos do Estudo

A definição do problema de investigação e dos objectivos do estudo constitui-se como uma etapa central no modelo de investigação definido para esta tese. Uma definição adequada do problema de pesquisa é uma das partes mais importantes da investigação, porque «*o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor*» (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 44), de forma a que a pergunta de partida sirva como fio condutor da investigação. Para Kerlinger (2000, p. 25) o problema de investigação questiona como as variáveis estão relacionadas e procura avaliar o modo como se interligam os fenómenos ou variáveis. Este autor refere ainda que um bom problema de investigação deve obedecer a três critérios:

*«O problema deve expressar a relação entre duas ou mais variáveis. Por exemplo, ‘A está relacionado com B?’ ou ‘De que forma A e B estão relacionados com C?’; O problema deve ser apresentado de forma interrogativa, porque o evidencia de forma direta; O problema deve ser colocado de forma a permitir validação empírica, ou seja, que permita evidência empírica sobre a relação apresentada no problema.»*

Através da formulação da pergunta de partida o investigador procura saber e compreender melhor determinado acontecimento de forma a interpretá-lo adequadamente. Para isso, uma boa pergunta de partida deve respeitar três questões fundamentais. Quivy e Campenhoudt (1998, p. 44) apresentam os três níveis de exigência que uma boa pergunta de partida deve respeitar, «*primeiro, exigência de clareza; segundo, exigência de exequibilidade; terceiro, exigência de pertinência, de modo a servir de primeiro fio condutor ao trabalho*».

O primeiro nível de exigência prende-se com a questão de clareza da pergunta de investigação, ou seja, pretende-se que a pergunta de investigação seja precisa e concisa. De seguida a exequibilidade da pergunta de investigação. O terceiro nível de exigência diz respeito a pertinência da pergunta de investigação. A pergunta de investigação deve constituir-se como uma verdadeira pergunta, abordar o estudo do que existe, e ter a intenção de compreensão dos fenómenos estudados.

A definição da pergunta de investigação resulta, fundamentalmente, da análise e revisão de literatura realizada sobre a temática de investigação.

Assim, definimos como questão central de investigação a verificação do comportamento das famílias na gestão da saúde e o seu impacto na esperança média de vida, indicador de desenvolvimento.

Quanto ao concreto dos objetivos do estudo, partiremos do anterior trabalho: *O contributo (in)visível, gestão familiar dos cuidados de saúde* (Nogueira & Leandro, 2010), que analisou quatro concelhos a nível nacional, de realidades distintas (Norte interior, Norte Litoral, Sul Interior e Sul litoral) e alargaremos o seu âmbito de estudo a todo o território nacional.

Estabelecemos como grande objetivo de investigação a verificação do comportamento das famílias na gestão da saúde e o seu impacto na esperança média de vida, indicador de desenvolvimento. Assim, tendo em atenção o estudo de base, as dimensões teóricas e as suas inter-relações, faremos uma breve descrição dos objetivos específicos que se pretendem alcançar. De seguida, e tendo como referência esses objetivos, serão levantadas as respetivas questões científicas.

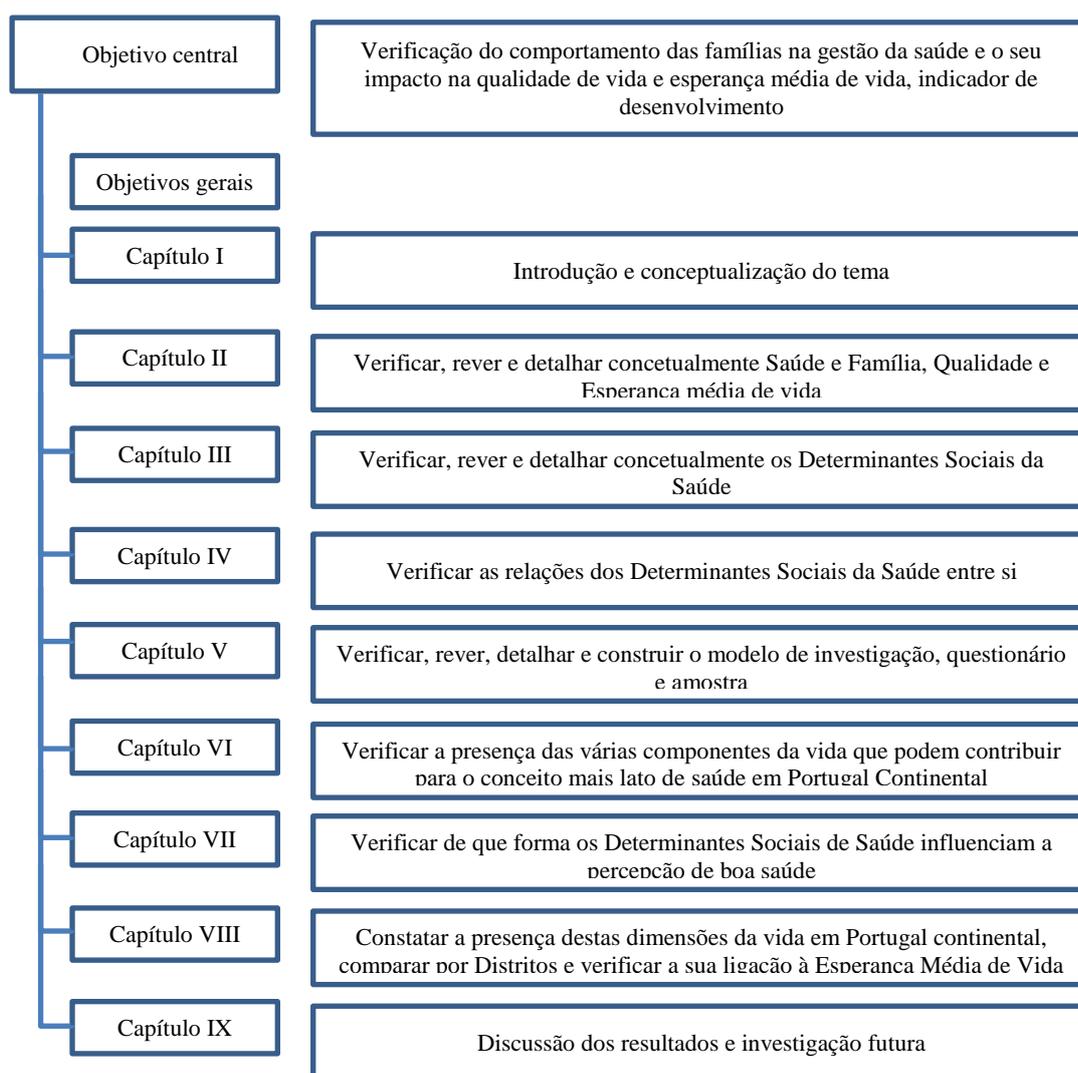
Como objetivos específicos, debruçar-nos-emos nas dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde e que se verificaram nos quatro concelhos em análise no estudo de base e verificaremos a sua eventual presença numa análise a nível de Portugal Continental. Analisaremos as relações entre si e a forma como se manifestam nos distritos e regiões.

Um segundo objetivo específico relaciona-se com as perceções dos cidadãos, seguindo as recomendações das áreas prioritárias de investigação em saúde (DGS, 2004). Assim, abordaremos a forma como estes determinantes influenciam a perceção de boa saúde.

O terceiro objetivo específico relaciona-se com os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a sua relação com a situação de saúde (Bos, 2007); (Fernandez, Vasquez, & Martinic, 2010), tendo em conta a complexa relação entre saúde e desenvolvimento (Gadelha, Machado, Lima, & Baptista, 2011) e o facto de um grande número de países terem registado fortes aumentos na Esperança Média de Vida nos últimos anos devido ao incremento das condições de vida, saúde pública e avanços na medicina (Sequeira, 2007).

Face a pergunta de investigação definida e ao objetivo central desta investigação, os objetivos gerais enunciados enquadram-se nos capítulos definidos nesta tese, ou seja,

pretende-se que cada capítulo permita demonstrar o objetivo a que se refere, e por sua vez ‘apoiar’ a demonstração do objetivo central de investigação e responder a pergunta de investigação formulada. Nesse sentido, a figura em baixo apresenta a estrutura geral desta investigação, por capítulo, referindo o objetivo geral referente a cada capítulo, que em conjunto pretendem validar o objetivo central definido para esta investigação.



**Ilustração 3: Interligação dos capítulos da tese com os objetivos gerais de investigação**

Demonstra-se assim que, existe uma interligação entre os vários capítulos e objetivos definidos da tese que em conjunto pretendem validar o objetivo central desta investigação, e para além disso, observa-se uma ligação entre a componente teórica, representada pelos capítulos I, II, III e IV e a componente prática desta investigação, representada pelos capítulos V, VI, VII, VIII e IX.

## 1.4 Questões de Investigação

A organização de uma investigação à volta de hipóteses de trabalho é a via mais adequada para que seja rigorosa (Quivy e Campenhoudt, 1998). Pode também ser vista como um guia para o investigador, na medida em que representa e descreve o método a ser seguido no estudo do problema, representando as hipóteses de investigação palpites que o investigador possui sobre a existência de relações entre variáveis. Kerlinger (2000, p. 26) refere que *«Uma hipótese é uma declaração conjectural da relação entre duas ou mais variáveis. As hipóteses encontram-se sempre na forma de uma frase declarativa, e relacionam de uma forma geral ou específica, variáveis com variáveis.»* Para este autor, existem dois critérios para elaborar boas hipóteses. *«(1) Hipóteses são afirmações sobre as relações entre as variáveis; (2) Hipóteses têm implicações claras para testar as relações estabelecidas.»*

Estes dois critérios enunciados por Kerlinger referem dois aspetos muito importantes e que se deve ter em atenção. As hipóteses definidas podem conter duas ou mais variáveis que são mensuráveis ou potencialmente mensuráveis, e para além disso, permitem demonstrar como as variáveis estão relacionadas.

Sugere-se que o investigador, ao longo da sua investigação, teste as várias hipóteses apresentadas, confrontando-as com os dados recolhidos, o que permitirá ajustar e testar o modelo de análise definido.

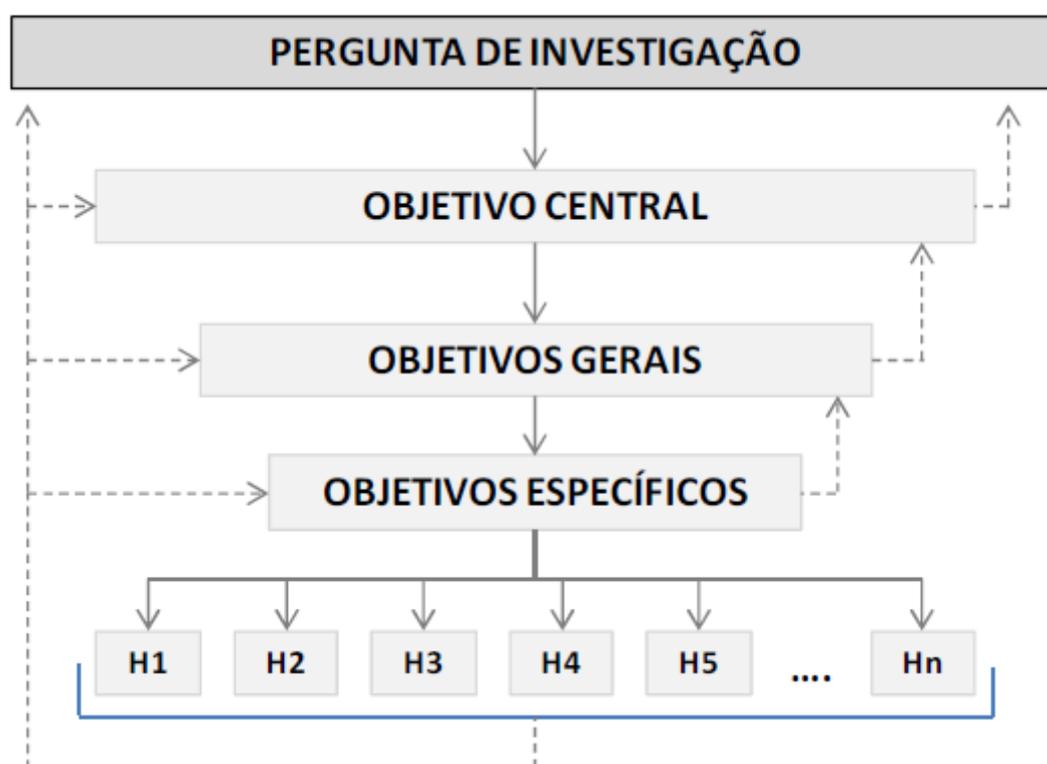


Ilustração 4: Metodologia de investigação

Contudo, o investigador deve ter em atenção que a hipótese apresenta-se como uma resposta provisória a uma pergunta, sendo fundamental apresentá-la de uma forma coerente e integrada com a investigação em curso, para que seja possível no final encontrar argumentos que a validem ou não.

Como refere Quivy e Campenhoudt (1998, p. 150), uma hipótese «é uma proposição provisória, uma suposição que deve ser verificada. Por conseguinte, a hipótese será confrontada numa etapa posterior da investigação, com dados de observação.» Contudo, para ser possível esta verificação empírica a hipótese deve ser refutável. *«Isto significa, em primeiro lugar, que ela deve poder ser testada indefinidamente e ter portanto, um carácter de generalidade; depois, que deve admitir enunciados contrários que sejam teoricamente suscetíveis de verificação.»*

O modelo de análise é definido através da formulação de hipóteses que decorrem da análise da problemática, que integra a pergunta de investigação e os objetivos definidos. As hipóteses de investigação são testadas através da análise empírica. A análise empírica deverá permitir a correção e orientação, e, para além disso, deve permitir uma amplitude e coerência entre a componente teórica e a componente prática, não se circunscrevendo a uma análise da realidade a partir de um modelo concetual definido.

Assim, neste capítulo introdutório e tendo em conta os objetivos a atingir com este estudo são levantadas oito questões de investigação. As primeiras são relacionadas com as dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde e que se manifestaram no estudo de base, pretendendo verificar se também estarão presentes numa análise a nível de Portugal Continental. Analisaremos igualmente a relação destas componentes da vida entre si e a forma como se manifestam geograficamente. Assim, as quatro primeiras questões são:

- Q1: Será que as dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde e que se verificaram nos 4 Concelhos em análise no estudo de base, se manifestam também numa análise a nível de Portugal Continental?
- Q2: Será que as dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde, nomeadamente os Determinantes Sociais de Saúde, têm alguma relação entre si?
- Q3: Será que existem relações entre os determinantes que se verificarem e manifestem numa análise em Portugal continental?
- Q4: Será que as condições se manifestam de forma igual independentemente do distrito ou região?

Existe uma grande complexidade associada ao conceito de saúde, o que dificulta a sua medição. Dos diversos campos de análise a Direção Geral de Saúde prioriza as relacionadas com o estudo das perceções dos cidadãos (DGS, 2004). Assim, colocamos as seguintes questões:

- Q5: Será que a perceção do estado de saúde depende do aspeto da vida considerado mais importante, ou de outros como a idade, estado civil, atividade profissional, escolaridade, condições de habitação, número de residentes, hábitos tabágicos, ter filhos a residir ou ir ao médico com frequência?
- Q6: Será que numa amostra a nível nacional existe a perceção que a atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde?

É consensual que existe uma relação entre Determinantes Sociais da Saúde (DSS), e a situação de saúde (Barata, Almeida, Montero, & Silva, 2007; Doval, Borracci, Darú, Giorgi, & Samarelli, 2008). É também verdade que um grande número de países aumentou dramaticamente a Esperança Média de Vida nos últimos anos devido à melhoria das condições de vida, de saúde pública e avanços na medicina (Sequeira, 2007). Encarando a complexa relação entre saúde e desenvolvimento (Gadelha et al., 2011) questionamos neste trabalho:

Q7: Será que existe uma ligação clara entre as várias dimensões e a esperança média de vida. Será que se verifica uma regressão linear?

Questionamos também sobre a existência de um fator único capaz de mensurar parte destas dimensões. Assim:

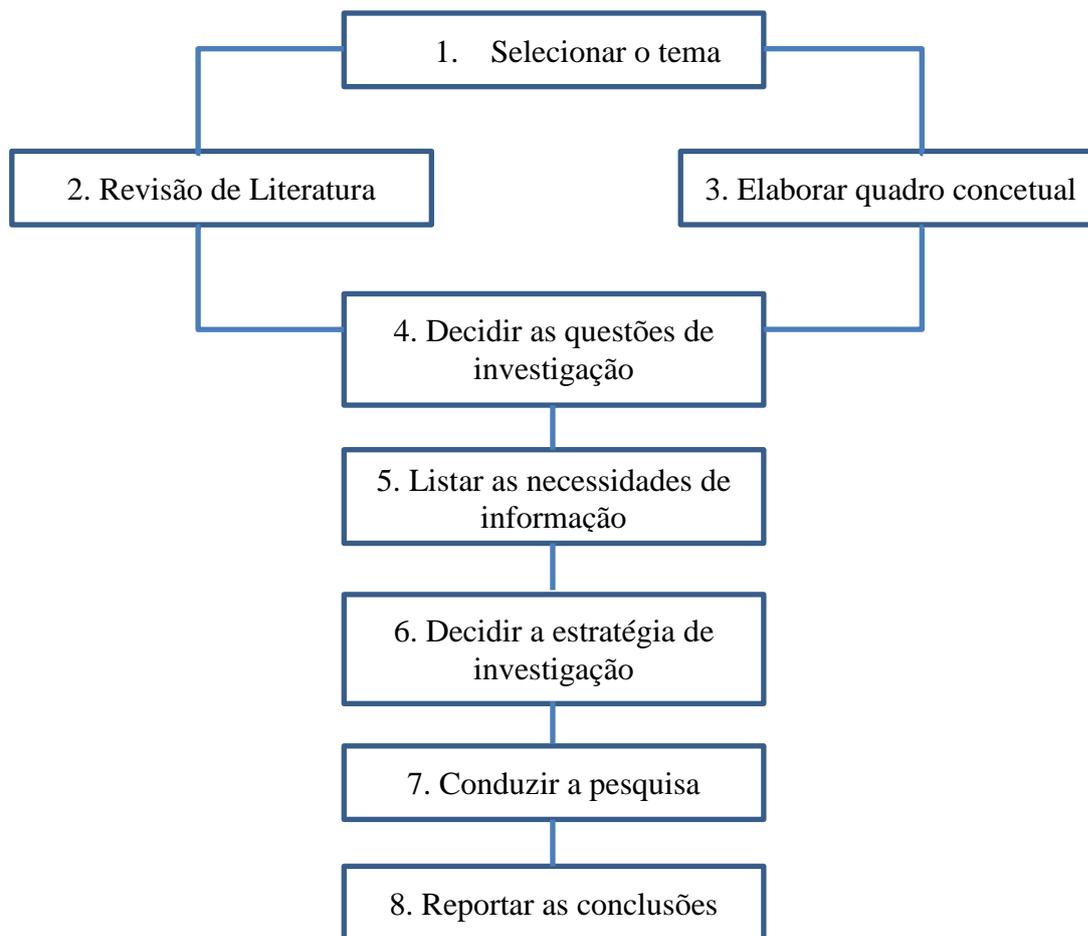
Q8: Será que existe um único fator, geral, oriundo das características destes mesmos determinantes, capaz de as aglutinar e ter capacidade explicativa?

São estas as principais questões a que procuraremos responder.

Nas secções seguintes apresenta-se de uma forma pormenorizada e sistematizada os objetivos específicos de cada capítulo que integra a componente pratica desta investigação (capitulo V, VI e VII), e das hipóteses de investigação que pretendem validar cada objetivo definido.

## 1.5 Metodologia do Estudo

A conceção e o desenho do modelo de investigação e central para qualquer investigação. Para Veal (1997, p.39), «*o processo de investigação pode ser dividido em oito elementos centrais (...) no entanto, a enorme variedade de abordagens em termos de pesquisa sugere que nem todos os projetos de investigação seguem precisamente a mesma sequência de procedimento*». Refere ainda que, «*em particular os quatro primeiros elementos - seleção do tema, revisão de literatura, elaboração do quadro conceptual e a definição das questões de investigação – raramente acontecem da forma direta e linear que a sequência definida sugere*».

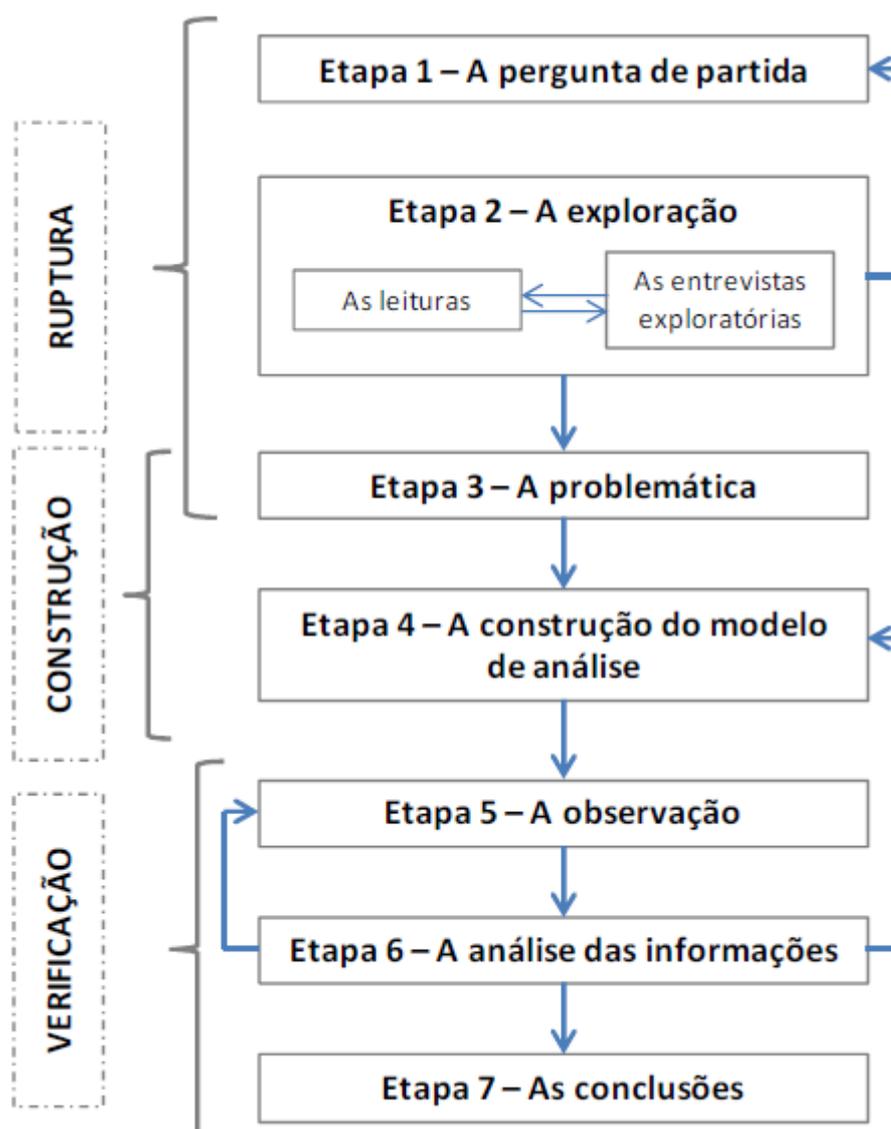


Fonte: Adaptado de Veal, 1997, p. 40

**Ilustração 5: Elementos do Processo de Pesquisa**

A situação referida por Veal observa-se também nesta investigação. Considerando as etapas definidas para o processo de investigação, observa-se que, ao longo do processo as componentes que integram cada etapa foram sendo ajustadas de forma a criar um fio condutor para a própria investigação, ou seja, o ajustamento foi sendo realizado ao longo da própria investigação e não de uma forma estanque por etapa, o que demonstra a interação entre as diferentes fases da investigação.

O procedimento científico constitui-se como uma forma de avançar no sentido de um determinado objetivo, constituindo-se os métodos a utilizar como o enunciado das formalizações particulares do procedimento (Quivy & Campenhoudt, 1998).



Fonte: Adaptado de Quivy e Campenhoudt, 1998, pag. 27

**Ilustração 6: Atos e etapas do procedimento científico**

No entanto, é importante não abdicar dos princípios fundamentais que toda a investigação deve integrar. Estes princípios foram identificados por Bordieu et al (1968), citado por Quivy & Campenhoudt (1998, p. 25) como sendo a «*hierarquia dos atos epistemológicos*». Estes três atos, a rutura, a construção e a verificação, incluem as etapas do procedimento científico, contudo, não são independentes entre si.

Pretende-se um distanciamento relativamente à ideia que o conhecimento assenta em posições inquestionáveis, sendo fundamental um espírito crítico em relação a ideias preconcebidas.

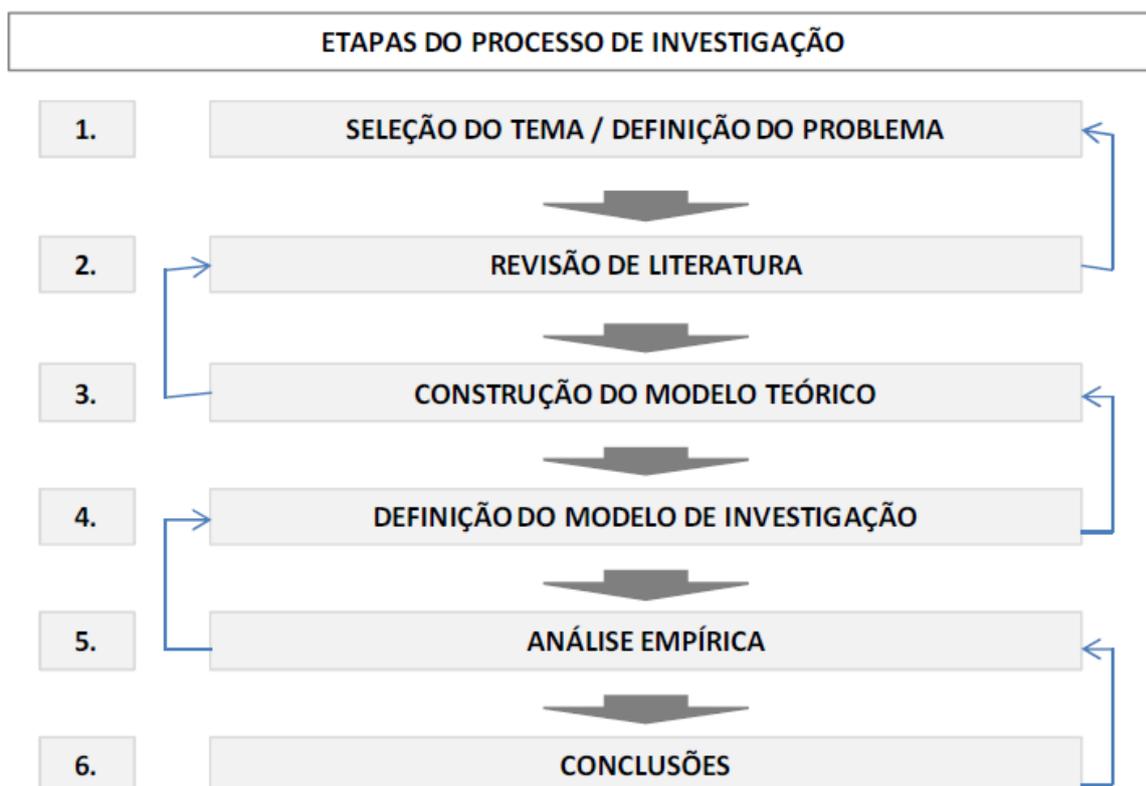


Ilustração 7: Principais Etapas do Processo de Investigação

Tendo por base os atos e etapas do procedimento científico apresentados nesta secção, define-se que esta investigação devesse passar por 6 etapas principais enunciadas na ilustração 7. Estas etapas de investigação, por sua vez, enquadram-se nos modelos de investigação analisados, e subdividem-se em 8 fases que foram sendo refinadas e sujeitas a alterações e ajustamentos ao longo do processo de investigação, e que se constituem como o modelo de investigação utilizado neste processo de investigação.



**Ilustração 8: Definição do Modelo de Investigação**

As 3 primeiras fases, (1) definição do problema; (2) objetivos gerais da investigação; (3) e objetivos específicos enquadram-se na etapa de seleção do tema e definição do problema e dos objetivos de investigação, representando a fase de rutura e parte da fase de construção enunciado por Quivy e Campenhoudt. As fases (4) revisão de literatura e (5) construção do modelo teórico integram a etapa da definição do modelo teórico e representam a fase de construção de Quivy e Campenhoudt, e as fases (6) recolha e sistematização dos dados; (7) análise empírica; (8) conclusões; integram a etapa de definição do modelo de investigação da componente prática, e representam a fase 3 do procedimento científico enunciado por Quivy e Campenhoudt, a fase de verificação.

A elaboração de um projeto de pesquisa e o desenvolvimento da mesma têm que estar baseados em rigoroso planeamento, reflexões conceptuais sólidas e alicerçados em conhecimentos já existentes. O sucesso obtido dependerá do procedimento seguido e da habilidade em escolher o melhor caminho para atingir os objetivos.

A pesquisa é um processo não totalmente controlável ou previsível, requerendo igualmente muita criatividade e imaginação. A metodologia a utilizar será numa primeira fase bibliográfica e documental incidindo nas questões teóricas associadas à temática em questão.

Sabemos que o nível económico de desenvolvimento é medido por vários indicadores. Por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mede os progressos registados, em média, num determinado país, em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: Uma vida longa e saudável, medida através da esperança de vida à nascença. O acesso ao conhecimento: Anos Médios de Estudo e Anos Esperados de Escolaridade. Nível de vida em dignidade, medido através do PIB *per capita* (PPC) (ONU, 2011).

Para o nosso estudo, focaremos a análise no índice da esperança de vida, medindo os progressos relativos de um país em termos de esperança de vida à nascença. Este é um indicador importante, até como respeitante ao bem-estar social, pois diz respeito à esperança de vida à nascença, ou seja ao número de anos que se espera que, em média, um indivíduo viva. Depois seguir-se-á uma pesquisa, envolvendo metodologias qualitativas e quantitativas, com vista a estudar o comportamento das famílias na gestão da saúde e o seu impacto na esperança média de vida e no desenvolvimento.

Procurar-se-á uma representatividade de amostra capaz de produzir comparações válidas com outros estudos sobre esta temática. Para isso teremos uma amostra representativa a nível nacional, recolhendo aleatoriamente mil e vinte e um inquéritos válidos em indivíduos de Portugal Continental.

O estudo integrará metodologias qualitativas de modo a obter informação relativa às dinâmicas sociais. Será também utilizada uma metodologia quantitativa, usando métodos estatísticos vários como a análise multivariada de redução de dados, sem perder informação relevante neles contida, a análise fatorial, as regressões ou, naturalmente, a estatística descritiva.

## **1.6 Contributo da Tese**

Este estudo define um modelo original que explica o comportamento das famílias na gestão da saúde e o seu impacto na esperança média de vida e no desenvolvimento.

O modelo teórico proposto insere-se no domínio das dimensões de saúde individuais, estudadas aprofundadamente, mas também inter-relacionando-se entre si, propondo novas dimensões. Verificaremos as relações entre si e a forma como se manifestam nos distritos e regiões.

O seu contributo reside no estudo das mesmas, nomeadamente na sua aplicação prática para a construção de um questionário envolvendo Portugal Continental e na sua

caracterização por distrito, permitindo uma análise comparativa de base local e a sua ligação à esperança média de vida projetada para o período de 2050, data aproximada para a média geracional dos inquiridos.

Outro contributo resulta do estudo das perceções dos cidadãos, seguindo as recomendações das áreas prioritárias de investigação em saúde (DGS, 2004) abordando a forma como estes determinantes influenciam a perceção de saúde.

Um último aspeto a destacar diz respeito à ligação à esperança média de vida, podendo desta forma fazer a ponte para as áreas do desenvolvimento, verificando a existência de causalidade entre estas variáveis. É efetuada uma regressão e valorização das variáveis para Portugal Continental. Damos assim um contributo para a complexa relação entre saúde e desenvolvimento (Gadelha et al., 2011) e sua relação com a Esperança Média de Vida, indicador que nos últimos anos tem registado fortes aumentos em diversos países.

## 1.7. Estrutura do Estudo

Esta tese encontra-se organizada em nove capítulos. No primeiro – *Introdução* – é contextualizado o estudo, são formulados os objetivos da investigação, seguidos das respetivas questões. A metodologia seguida neste estudo e o seu contributo são apresentadas e a estrutura da tese encerra o capítulo.

O segundo capítulo, intitulado *Conceção global de saúde e família, qualidade e esperança média de vida* é composto por dez partes, onde se abordam estes conceitos, com um olhar à lupa sobre a realidade portuguesa, no seu contexto histórico e contemporâneo. Debruçamo-nos também sobre os aspetos da qualidade de vida, assim como os aspetos relacionados com a *Saúde e família*, através de uma primeira parte em que se aborda o saudável como um fator de integração social e uma segunda sobre a temática da promoção de saúde familiar. É também abordada a dimensão dos cuidados de saúde primários, médico e enfermeiro de família.

No terceiro capítulo desta tese são analisados e aprofundados individualmente cada um dos determinantes sociais da saúde, nomeadamente hábitos alimentares, exercício físico e comportamentos de socialização e lazer; condições sociais e económicas; condições laborais; acesso e utilização dos serviços de saúde; prevenção e educação para a saúde; condições habitacionais. Concluímos este capítulo com uma breve reflexão acerca das intervenções sobre os determinantes sociais da saúde.

O capítulo IV discorre sobre as inter-relações entre os determinantes, aspecto interessante na medida em que estas dimensões não são estanques e encontram-se bastante relacionadas entre si.

No capítulo V entramos na parte mais prática da tese através da análise e tratamento dos inquéritos, explanando e verificando as hipóteses. Utilizaremos o *software* SPSS em muitas das suas dimensões fazendo não só análise descritiva, como também fatorial e estimação de regressão linear. Continuando nesta parte de tratamento de dados, o capítulo VI dedica-se à análise descritiva dos resultados apurados, o VII à inferência estatística e o VIII à análise fatorial e de regressões.

A tese será completada com o capítulo IX *da discussão dos resultados à investigação futura* – que inclui a discussão dos resultados e das hipóteses testadas. São também elaboradas as principais conclusões do estudo, assim como contribuições e discussão das limitações, terminando com sugestões para futuras pesquisas.

## **CAPÍTULO II – CONCEÇÃO GLOBAL DE SAÚDE E FAMÍLIA, QUALIDADE E ESPERANÇA MÉDIA DE VIDA**

Pretende-se com este primeiro capítulo, de carácter introdutório, rever alguns aspetos relacionados com a conceção global de saúde e família, de qualidade de vida e de esperança média de vida. A abordagem será feita a nível nacional e Europeu, envolvendo as vertentes de saúde e desenvolvimento económico, da equidade nas políticas públicas e de saúde. Tentaremos também verificar as questões relacionadas com a perceção sobre a saúde em Portugal. Faremos uma análise sobre o conceito de qualidade de vida e de esperança média de vida.

### **2.1 Conceito de Saúde**

A OMS (2006) entende a saúde como um nível integral de conforto em termos físicos, mentais e de integração na sociedade, não se reflectindo unicamente na não presença de qualquer tipo de doença. A saúde é um direito fundamental da pessoa humana em todas as sociedades, surgindo como um valor social e individual de enorme importância, além de constituir, sob o ponto de vista socioeconómico, um barómetro fundamental para avaliação do grau de desenvolvimento de uma sociedade (Leandro, 2001).

A importância que a saúde assume foi sendo “conquistada” ao longo do tempo, sobretudo, a partir de 1948, quando a Organização Mundial de Saúde passou a englobar uma noção mais vasta de bem-estar. É importante realçar igualmente que a saúde não é exclusivamente de índole física. Pode ainda manifestar-se ao nível psicológico e mental, sendo esta definida como um estado de bem-estar que permite ao indivíduo realizar o seu potencial, lidar com as vicissitudes da sua vida, manter-se ativo e produtivo, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e da comunidade (Shah & Beinecke, 2009). A propósito, uma recente investigação a nível europeu relatou que cerca de metade das pessoas que necessitavam de ajuda a este nível se mantinham sem tratamento (Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2009).

Foi desta forma, lançada a orientação holística da saúde, um caminho para o abandono da medicina hospitalar na conceção de saúde, orientando-se para a aproximação à comunidade

(Silva, 2008). Dá-se assim ênfase ao controlo da saúde pelas populações, sendo a saúde entendida como recurso individual e coletivo, presente ao longo da vida, no quotidiano. Passa a falar-se de um novo tipo de “paciente”, onde o que está em foco não são os sintomas de doença individual, mas o perfil social de risco de adoecer (*idem*).

As estratégias delineadas pela Carta de Ottawa, em 1986, na primeira conferência sobre promoção da saúde, definem com clareza os vários níveis em que a promoção da saúde supõe intervenção: construção de políticas de saúde pública que promovam a saúde; criação de ambientes físicos e sociais de suporte; reforço da participação ativa dos indivíduos e das comunidades; desenvolvimento de competências pessoais e reorientação e reestruturação dos serviços e instrumentos de saúde.

A promoção da saúde assim referida inclui a responsabilização da decisão política e a reorientação dos serviços, assente nos indivíduos como principal recurso de saúde e na comunidade como principal representante em matéria de saúde, de condições de vida e de bem-estar (*idem*). O saudável aparece assim, como uma referência que se impõe a vários níveis de organização da vida do quotidiano. Faz hoje parte do senso comum apresentando-se como uma submissão a um autocontrolo que se traduz na adoção de normas simples de comportamento a evitar ou a promover (não fumar, não beber em excesso, não usar drogas, não ingerir alimentos demasiado calóricos, fazer exercício físico, usar cinto de segurança, não conduzir a alta velocidade ou não cumprir regras de segurança nos locais de trabalho, por exemplo) e em recomendações relativas aos riscos sociais (poluição, acidentes, violência, pobreza).

No entanto, saliente-se que o significado do saudável não se centra unicamente no conhecimento científico-médico, com referências à alimentação, ao exercício físico, à poluição, etc. O saudável é também apresentado como dizendo respeito ao bem-estar consigo próprio, envolvendo uma certa subjetividade, independentemente de se ter consciência das normas científicas pelas quais o saudável se avalia. Centra-se nos fatores exteriores à própria pessoa como sejam a não poluição local, a tranquilidade da zona onde se reside, o bom relacionamento familiar, a proximidade de vizinhança com familiares, o modo de vida profissional, a capacidade monetária, entre outros. A esta dimensão social do saudável acrescenta-se a dimensão do saudável construído, atitude em que as pessoas se apresentam construtoras da sua saúde, com capacidade de controlo dos acontecimentos da vida, autoidentificando-se como agentes ativos no que diz respeito à responsabilidade pela

qualidade saudável da sua vida. Por exemplo, há pessoas que apesar de serem portadoras de uma doença crónica, consideram que continuam a ter uma vida saudável.

Ser saudável surge, assim, como fruto de uma força interior que se manifesta na capacidade de controlo da própria doença. Mais uma vez se caracteriza o saudável como um fator de integração social, não esquecendo que resulta de um esforço deliberado de construção, em que o modo de vida, a saúde física e mental não são deixadas ao acaso, como se fossem apenas naturais, mas são cultivadas (Silva, 2008).

## 2.2 Saúde e Família

De acordo com Helman (2003), a família possui um sistema de crenças e de práticas sobre a saúde e a doença que lhe permitem integrar tarefas multivariadas no âmbito da promoção da saúde, tais como: promover o autocuidado e comportamentos de bem-estar (Hanson, 2005), ajudando o indivíduo a desenvolver-se como ser individual, social e cultural, a adaptar-se, a adquirir hábitos e estilos de vida saudáveis, a dar um sentido e a atribuir significações aos acontecimentos de vida e a construir um sentimento de pertença (Ramos & Ferreira, 2004).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial houve uma alteração nos comportamentos individuais e familiares que levaram ao aumento do número de famílias e, por sua vez, a uma redução nas suas dimensões, como também a uma diferente distribuição dos vários tipos de estrutura familiar (Saraceno, 1997). Portugal não foi indiferente a estas mudanças verificando-se gradualmente alterações ao nível do aumento do número de famílias residentes, conjugado com uma diminuição do número médio de pessoas por família.

Assim, os agregados com duas pessoas são as mais representativas e os casais com filhos são o tipo de famílias em maior número, apesar de se verificar um aumento das famílias monoparentais e reconstituídas. Outro dado relevante é que a maior parte das pessoas constitui a família através do casamento, mas tem sido crescente o número daqueles que o fazem através de uma união de facto. A idade do primeiro casamento aumentou, assim como cresceu a taxa de divórcios (Leite, 2003). O envelhecimento progressivo da população portuguesa, o aumento da esperança de vida, a queda acentuada da fecundidade, a generalização e o aumento da eficácia da contraceção, o prolongamento do período de estudos dos jovens, a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho, a crescente instabilidade das relações (*idem*), bem como o feminismo, a evolução de um sistema económico em torno

do capitalismo, a escolarização, a difusão da tecnologia e da informação, que incrementou a mobilidade social, geográfica e profissional, tornando as pessoas menos ligadas ao local de nascimento e às raízes parentais, permitem explicar as recentes alterações dos comportamentos familiares e conjugais em Portugal (Imaginário, 2004).

Sabemos desde os anos 1970, em França, que a escola desempenha um papel crucial na reprodução das desigualdades sociais, especialmente em sociedades onde o acesso ao mercado de trabalho é filtrado pela instituição escolar (Lahire, 2008). Para Wall (2010), as grandes tendências e mudanças em curso nas famílias portuguesas têm uma orientação mais virada hoje para o companheirismo, para a norma de igualdade nos papéis de género e para uma concentração de identidade nos filhos e no casal, no que respeita à função afetiva, de solidariedade emocional e de mobilidade social dos filhos. Também se nota um movimento no que respeita ao “individualismo”, no qual cada pessoa elabora um projeto de vida, que assenta num equilíbrio entre as responsabilidades familiares e a emancipação individual que resulta na valorização das decisões individuais e da independência no que respeita à escolha da profissão, das escolhas amorosas ou do local de residência, o que contribui para o aumento das pessoas solteiras, homens e mulheres a viver sozinhas, para o aumento do fenómeno da vida em conjunto e união de fato e do número de divórcios, três tendências identificadas nas sociedades contemporâneas do ocidente (Amaro, 2006).

Assim, atualmente nas famílias portuguesas detetamos um movimento de alguma individualização e de mudanças lentas e graduais nos papéis de género, registando-se uma vontade de uma conjugalidade vivida ao abrigo de uma instituição reconhecida e legitimada, embora nela pesem os afetos e um estado de igualdade (Wall, 2010). A unidade familiar inscreve o indivíduo num estrato social que poderá ou não alterar-se pelo curso da vida, podendo condicionar o seu estado de saúde e os comportamentos associados (Leandro, 2006). Quanto à doença, não pode ser considerada apenas uma experiência física ou psicológica, é também uma experiência social e/ou familiar (*idem*).

### **2.2.1 O Saudável como um Fator de Integração Social**

Em 1978, na sequência de vários movimentos que apelavam a uma mudança social, realizou-se a *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde* em Alma-Ata, na então União Soviética, desenhando-se uma tendência para o descentrar da medicina hospitalar (na conceção de saúde), orientando-a para a aproximação à comunidade. Para além de outros enunciados, a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), afirma que a promoção e

proteção da saúde das populações é essencial para o crescimento e desenvolvimento económico, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e paz mundial. Refere igualmente que alcançar o mais elevado nível de saúde é o mais importante objetivo à escala mundial, cuja efetivação requer a ação de muitos outros sectores sociais e económicos, para além do sector da saúde. É atribuída aos governos a responsabilidade pela saúde das suas populações, incentivando-os a que sejam proporcionadas medidas sociais e de saúde adequadas.

Cerca de uma década mais tarde, em 1986, realiza-se a *Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde* em Ottawa (no Canadá), onde é lançada a Carta de Ottawa. Esta enfatiza a necessidade da promoção da saúde, definida como o processo que permite aos indivíduos aumentar o controlo sobre a sua própria saúde e melhorá-la (OMS, 1986), reforçando a abordagem psicossociológica da saúde, no sentido de criar contextos promotores de saúde. Dá-se ênfase ao controlo da saúde pelas populações, saúde entendida como recurso individual e coletivo, presente ao longo da vida, no quotidiano. Passa a falar-se de um novo tipo de “paciente”, onde o que está em foco não são os sintomas de doença individual, mas o perfil social de risco de adoecer (Silva, 2008).

As estratégias delineadas pela Carta de Ottawa definem com clareza os vários níveis em que a promoção da saúde supõe intervenção: construção de políticas de saúde pública que promovam a saúde; criação de ambientes físicos e sociais de suporte; aumento da envolvimento ativa dos indivíduos e das comunidades; desenvolvimento de competências pessoais e redefinição estratégica dos serviços de saúde. A promoção da saúde inclui desta forma a responsabilização da decisão política e a reorientação dos serviços, assente nos indivíduos como principal recurso de saúde e na comunidade como um todo (*idem*).

Na diversidade de práticas familiares de cuidados nas diferentes culturas, para além da influência das representações, crenças e teorias, outras variáveis, como o trabalho doméstico, necessidades económicas, perigos ambientais, prioridades sociais e valores culturais, também se relacionam com a situação de saúde. Indivíduos com melhores condições familiares, de trabalho, de escolarização, de níveis mais elevados de vida e suportes sociais persistentes têm maiores probabilidades de viverem com melhor saúde. Ao invés, as outras correm outros riscos perante a possibilidade de virem a adoecer, como já o sublinhava Durkheim na sua obra sobre o suicídio, salientando a importância dos conceitos de integração social, a importância da família e outras fontes de apoio social (citado por Leandro, 2006).

Existe um número significativo de trabalhos que confirmam que todas as ações por parte da família influenciam o estado de saúde do indivíduo. Sabe-se que as famílias com mais habilitações literárias e uma melhor condição social evidenciam-se mais intervenientes sobre este aspeto. Estas famílias têm mais cuidado com a alimentação, uma maior preocupação com a higiene e recorrem, mais vezes, aos médicos seguindo com mais minúcia os seus conselhos (Cresson, 1995). Pais deprimidos, carências sociais, relações marcadas pela hostilidade, conflito e violência são prejudiciais para o bem-estar fisiológico, psicológico e social do indivíduo e influenciam a capacidade de cuidar de outros. Neste sentido, a falta e/ou inadequação de cuidados por parte da família aos seus membros é responsável por muitas carências e perturbações que afetam a saúde física e mental dos mesmos (Ramos & Ferreira, 2004). Os filhos cujos pais fumem, bebam álcool, tomem outras drogas ou comam demais correm o risco de adotar estes comportamentos (Hanson, 2005).

Os acontecimentos da vida individual, familiar e social têm mostrado serem importantes na compreensão das perturbações depressivas (Leandro, 2006). O suporte emocional do companheiro revelou-se bastante benéfico para a saúde da grávida (Gomes & Pereira, 2005). Para a criança, um ambiente social caracterizado por uma diversidade e riqueza de relações primárias (pais, crianças, pares, etc.) é associado à saúde e desenvolvimento, enquanto uma rutura dos laços sociais e familiares (divórcio, separação, morte) aumenta o risco de doença, depressão e inadaptação. Daí que as crianças que crescem em famílias que proporcionam segurança e afeto aprendem a gerir melhor as emoções, as separações e a fazer face aos problemas quotidianos (Leandro, 2007).

Fatores familiares como o *stress* e acontecimentos de vida, pela via psicofisiológica, influenciam emocionalmente o indivíduo, predispondo-o a adoecer. O contexto familiar pode influenciar certos comportamentos individuais como, por exemplo, a dieta, o exercício físico, a adesão às terapêuticas, os quais têm repercussões no estado de saúde. Quando um membro altera os seus comportamentos alimentares, fazendo dieta, os restantes familiares mudam, não raras vezes, os seus padrões de alimentação (Hanson, 2005).

A família demonstra assim possuir capacidade para desempenhar atividades a toda a latitude dos cuidados de saúde. Nos cuidados primários, a família pode influenciar o envolvimento em comportamentos promotores da saúde, como a alimentação equilibrada. Na prevenção secundária, a família influencia as decisões relativamente à procura de cuidados de saúde e à adesão ao tratamento. No campo da prevenção terciária, ou seja, no tratamento da doença com vista à reposição do estado de saúde, o papel da família é múltiplo. Nesta

situação, assegura a prestação de cuidados de saúde, presta cuidados ao doente e fornece-lhe o suporte social, bem como aos restantes membros.

O trabalho doméstico no âmbito da saúde aparece, assim, como um trabalho de longo prazo, que procura o bem-estar dos seus membros e o melhor nível de saúde possível, não dominado unicamente pela técnica, mas simultaneamente pela afetividade, solidariedade e relações humanas. Neste sentido, não se pode reduzir este trabalho da família à esfera privada, uma vez que, embora primeiramente seja a família a beneficiar dos elementos saudáveis, eles tornam-se necessários para o bom funcionamento da sociedade. Com o movimento de desinstitucionalização e a necessidade de providenciar na comunidade serviços de apoio ao doentes e suas famílias, os profissionais de saúde têm que assumir na sua intervenção a família como elemento fundamental, colocando-a no centro de todo o processo de mudanças e aprendizagens face à nova realidade (Mendes, 2006).

### **2.2.2 Promoção da Saúde Familiar**

As famílias saudáveis têm proximidade entre os seus membros e aptidão para trocar papéis e regras, tendo fortes laços entre si que se afirmam em tempos de doença (Pratt, 1976), provocando momentos de partilha de sentimentos e tomada de decisões em comum (Olson & Defrain, 1995).

Pelo final do século XX, as sociedades desenvolvidas começaram a ganhar consciência da sua incapacidade económico-financeira para responder às exigências sempre crescentes do sistema de saúde, ao mesmo tempo que desenvolveram um pensamento crítico sobre a ilusão da eficácia da medicina, a sua sofisticação tecnológica e dependência da indústria farmacêutica e sobre a reprodução das desigualdades sociais em saúde (Silva, 2008).

A promoção da saúde é, então, aprendida dentro das famílias, cujas crenças, valores e padrões de comportamento de saúde são formados e passados às gerações futuras. A qualidade das relações afetivas ou os sistemas de crenças podem influenciar os comportamentos relativos à saúde (Leandro, 2006).

É na família que começam por se forjar os hábitos alimentares, de higiene, os horários de sono, as atividades de lazer, o tipo e prática de exercício físico, as regras de segurança rodoviária, a propensão ou o evitar de comportamentos de risco, como a iniciação às bebidas alcoólicas, ao abuso de doces ou a tendência para o sedentarismo. Relacionado, o comportamento sedentário avaliado como: tempo sentado diariamente (Katzmarzyk, Church, & Craig, 2009), em sessões de lazer (Patel, Bernstein, & Deka, 2010), tempo gasto sentado

em viaturas (Warren et al., 2010) ou a ver televisão (Dunstan et al., 2010; Wijndaele et al., 2011; Stamatakis, Hamer, & Dunstan, 2011) está associado a um maior risco de mortalidade - principalmente por doença cardiovascular. Destes comportamentos sedentários, o tempo de visualização de TV é o que normalmente é mais examinado (Clark et al., 2009), estando associado desfavoravelmente com vários marcadores cardiometabólicos (Dunstan et al., 2007; Healy et al., 2008) estimando-se que a extensão do tempo de visualização de televisão reduz a esperança de vida (Veerman et al., 2012). Também parece evidente que os indivíduos têm maiores probabilidades de se envolverem em atividades promotoras de saúde, como o exercício físico quando acompanhados por um familiar (Hanson, 2005). Relaciona-se assim a saúde familiar com a “coesão, adaptabilidade e comunicação”. Coesão devido a ligação emocional entre os seus membros; adaptabilidade pela capacidade da família para mudar a sua estrutura de poder, os seus papéis e regras relacionais perante desafios internos e externos, crises e mudanças no ciclo de vida pessoal ou familiar e por comunicação, um fator facilitador do movimento das famílias nas dimensões coesão e adaptabilidade. O mesmo autor designa por famílias “equilibradas” aquelas que reagem mais adequadamente à doença, porque tem capacidade de mudar o sistema familiar para lidar mais eficazmente com o *stress* ou exigências da doença. Muitas destas famílias são responsáveis por uma nova relação de trabalho que se está a desenvolver no espaço europeu, que relatam o aparecimento de um novo grupo de cuidadores remunerados, contratados diretamente pelas famílias para assumirem o cuidado de dependentes idosos (Da Roit, 2007). Apresentam-se como famílias dotadas de uma personalidade própria na qual o otimismo/autoestima/autoconfiança (sentimento positivo em relação a si própria que minimiza a gravidade dos acontecimentos e valoriza os seus próprios recursos), a autoeficácia (dotada de estratégias eficazes de resolução de problemas) e a resiliência (possui capacidade para resistir às adversidades) são características presentes.

É verdade que, frequentemente, os cidadãos que vivem com mais dificuldades são também quem adota piores comportamentos, não só em relação à saúde como à sua promoção. Sabe-se, hoje, que comportamentos nocivos (álcool, tabaco, drogas, alimentação sem regras), são produzidos em resposta às carências e agressões do seu meio para fazer face ao sofrimento psíquico, ao isolamento, à penúria, à falta de perspetivas e incapacidade de fazer projetos de vida (Leandro, 2007).

A sociedade, na atualidade, produz uma série de riscos globais, cuja origem se encontra no desenvolvimento da tecnologia industrial e manifesta-se a nível ambiental e nos

modos de vida das famílias. Infelizmente, a sociedade gere um limitado controlo sobre os riscos, delegando na dinâmica social a definição de opções e deixando ao critério individual a escolha do modo de vida, o que não traz bons resultados para a saúde coletiva e individual (Silva, 2008). Em Portugal são conhecidas as limitações e necessidades, principalmente a falta de Médicos de Família e de outros profissionais de saúde (Pisco, 2003; Santos et al., 2007).

### 2.2.3 Cuidados de Saúde Primários – Médico e Enfermeiro de Família

No sector da saúde são habitualmente reconhecidos três níveis de prestação de cuidados, conforme o quadro seguinte:

Tabela 1: Tipologia ou categorização de cuidados de saúde

Nível de prestação	Primária	Secundária	Terciária
Tipo de cuidados	Gerais	Especialistas	Continuados
Unidades funcionais	Centros de Saúde Unidades de Saúde	Hospitais	Unidades de
Natureza dos serviços	Pré-agudos	Agudos	Pós-Agudos
Níveis de utilização	Cuidados de primeira linha	Cuidados de segunda linha	

Fonte: (Oliveira, 2009)

Centrando-nos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a Declaração de Alma-Ata atribuiu a este nível de cuidados, o papel de elemento-chave de qualquer sistema de saúde, apresentando-os como os cuidados de primeiro contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde (OMS, 1978). O conceito atual de CSP apresenta-os como cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade e englobando ações de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos, de reabilitação ou de fim de vida.

Em função do seu relativamente baixo custo, e da maior facilidade com que podem ser fornecidos (em comparação com os cuidados de saúde especializados e de internamento), constituem, se estiverem distribuídos adequadamente, a forma mais importante de cuidados

de saúde para a manutenção da saúde da população e para a prevenção da progressão de doenças a uma escala ampla.

De acordo com relatórios recentes da OMS (2007; 2008), os sistemas de saúde de orientação primária são melhores (ao nível da saúde da população, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados, relação custo-benefício e satisfação dos cidadãos), quando comparados com os sistemas assentes nos cuidados diferenciados hospitalares (Atun, 2004).

Em Portugal, os CSP constituem-se como a base do sistema de saúde, (DGS, 2004), num paradigma de abordagem dos cuidados centrados na família e no ciclo de vida, num modelo direcionado para os cuidados de proximidade efetivados pelas Unidades de Saúde Familiar (USF). Com efeito, o acompanhamento das famílias inicia-se habitualmente por um dos seus membros se encontrar doente (Ângelo & Bousso, 2008). Nos últimos anos tem sido reconhecido o papel determinante dos cuidados de saúde primários com capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos (DGS, 2006). Atualmente, a prestação de CSP em Portugal, na vertente medicina geral e familiar, é garantida, no essencial, pelos Centros de Saúde e desde 2006 pelas Unidades de Saúde Familiares (USF), que constituem a base do sistema de saúde, e que, enquanto tal, pautam a sua atuação pela proximidade às comunidades locais.

No que respeita ao médico de família, o seu papel é determinante na saúde, sendo que uma boa relação entre médico e paciente pode ter um importante impacto na saúde (Lutfey, 2005; Rousseau, 2004).

Vários estudos questionam o papel do médico de família (American Academy of Family Physicians [AAFP], 2006; Engel, 1973; Charon, 2001). Há alguns trabalhos mais centrados no paciente, outros no médico, outros na envolvente social, na empatia (Larson & Yao, 2005) ou na presença constante enquanto parceiros de um historial clínico (Saultz & Albedaiwi, 2004).

O médico de família é uma figura sempre presente para o paciente, sendo que este conceito diz respeito ao aspeto da segurança que o paciente sente e não à evidência de uma presença física constante. No fundo, trata-se da ideia de que o médico está lá, caso o paciente dele precise (Loxterkamp, 1991), disposto a ajudar, mesmo quando não há uma cura ou uma solução para o problema. Há assim uma grande confiança no médico por parte do paciente o que contribui positivamente para os resultados em saúde. Para isso contribui também o cuidado com que o médico trata o paciente ao longo do tempo (Peabody, 1927).

No que respeita aos conhecimentos médicos, embora haja ceticismo dentro do sistema de saúde, na medida em que se considera que não pode haver um médico que presta atendimento abrangente e competente para uma ampla gama de problemas de saúde, os pacientes parecem ter uma abordagem mais conservadora (Chang et al., 2006), na medida em que acham que o seu médico de família conhece o seu próprio historial clínico e pratica medicina de alta qualidade, podendo, em caso de necessidade, encaminhá-los para um especialista. Outro aspeto relevante são as características pessoais do médico de família, muitas delas reconhecidas pelos pacientes como a paciência, calma, boa disposição, bondade e confiança (Meresntein, Merenstein, & Joel, 2008) ou o múltiplo papel na comunidade, desempenhado sobretudo em tempos mais antigos, sendo neste caso, mais do que um médico, um cuidador pessoal (Rabinowitz, 2004; Berger & Mohr, 1997).

Um médico de família implica não apenas cuidar das famílias e indivíduos, mas também ser percebido como membro das famílias dos pacientes. É normal existirem pacientes que viajam longas distâncias para serem vistos pelo mesmo médico que os havia tratado enquanto crianças, ou que trataram os seus pais, irmãos, ou até mais tarde, os próprios filhos, sendo normal que um mesmo médico cuide de toda a família. Ligado a esta ideia de cuidado familiar total está o vetor de continuidade de cuidados. Ter um médico que conhece o paciente e a sua família partilhando importantes momentos de vida, felizes e trágicos, é uma força poderosa sobre a relação médico-doente que os pacientes reconhecem (Merenstein, 2002). Assim, é universal a interação entre a continuidade dos cuidados e as experiências entre o médico e o paciente, pese embora isso possa ser mais evidente em pequenas cidades rurais (Rabinowitz, 2004).

Também relativamente aos enfermeiros, estes têm o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2002; Martins, 2002; Bousso, Tito, & Pires, 2006; Simpson & Tarrant, 2006), estando a enfermagem de família direcionada para as respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais e centra-se na sua capacitação funcional face aos seus processos de transição (Friedman, 1998; Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2005). O enfermeiro de família, surge como um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (Hennessy & Gladin, 2006).

Incorporando uma filosofia de cuidados centrados na família, verificamos que as práticas de CSP assentam numa lógica de proximidade e continuidade, reportando-se à

prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, visando a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação (OMS, 2000; ICN, 2002; Schober & Affara, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, sendo tradicionalmente os enfermeiros que cuidavam das pessoas no seu domicílio (Wright & Leahey, 2002). A enfermagem de família surge alicerçada no pensamento sistémico, centrando-se tanto no sistema familiar quanto nos sistemas individuais, dando ênfase à interação e reciprocidade entre os membros da família (Friedman, 1998). A discussão em torno do progresso na investigação em enfermagem de família, assim como o seu impacto na incorporação de novos modelos de práticas, pode contribuir para a definição de linhas orientadoras para o seu desenvolvimento (Loveland-Cherry, 2006). Com a finalidade de promover a autonomia do sistema familiar, a intervenção de enfermagem enfatiza as interações entre os membros da família para que estes possam “juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável” (Hennessy & Gladin, 2006).

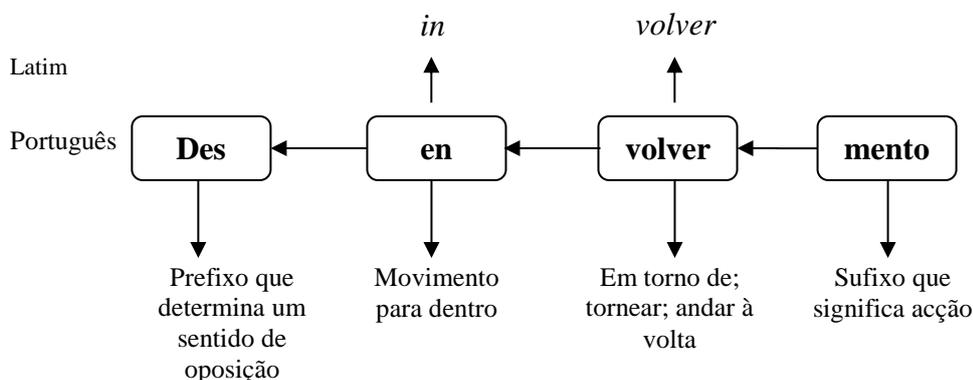
### **2.3 Saúde, Crescimento e Desenvolvimento Económico**

A relação entre saúde e desenvolvimento é complexa e remete para o campo da economia política, dado que envolve diferentes interesses sociais, políticos e económicos (Gadelha et al., 2011). Amartya Sen (1999) trazia para o debate sobre o desenvolvimento a relação entre o individual e o social, enfatizando que esse aspeto era fundamental quer para compreender o desenvolvimento em si mesmo, quer para compreender o seu sentido. O desenvolvimento pode ser visto como a capacidade para escolher e prosseguir o estilo de vida que as pessoas razoavelmente decidem numa determinada região (Diniz & Crocco, 2006). Esta ação fundamental, expressão de liberdade e de capacidade de decisão, é fortemente influenciada pelo contexto social, sendo que os impactos mais sérios na saúde humana são produzidos, indubitavelmente, pelas condições de vida, a desigualdade social e a consequente exclusão e marginalidade que atingem centenas de milhões da população mundial (Rattner, 2009).

Desenvolvimento é descrito no dicionário como o acto ou efeito de desenvolver; o seu resultado. Crescimento de corpos organizados. Desenrolamento: Extensão progressiva. O verbo *volver* do latim *volvere* tem como sinónimo voltar, tornar, levar ou trazer. Dirigir

noutro sentido rolar, arrastar, meditar, cogitar, transformar, retorquir, agitar, revolver. A substantivização tem a ver com o acto de voltar, decurso, evolução.

Desmembrando o vocábulo (des)(en)(volvi)(mento), podemos tirar mais algumas ilações.



Fonte: Diniz, 2006.

**Ilustração 9: Desenvolvimento definido etimologicamente**

Se por um lado, envolver poderá aparecer ligado à ideia de uma análise do tipo centrípeta a qual pode ser entendida como uma primeira fase do processo de mudança, reforçada pela ideia de acção dada pelo sufixo *mento*, por outro, esta ideia é negada pelo prefixo *des* que contraria toda esta aceção, empurrando o conceito para fora (análise do tipo centrífuga). Assim, desenvolvimento impõe auto – conhecimento com o fim de implementar acções o que, pressupõe a motivação dos participantes com o fim de pôr em marcha um processo de mudança que faça evoluir determinada comunidade para um estado qualitativamente superior, isto é, com melhoria das condições de vida (Diniz, 2006).

Olhando para o efeito da saúde ao nível macroeconómico, dos estudos históricos exploradores do papel da saúde num país específico durante um ou dois séculos verificamos que uma grande parte da riqueza económica de hoje é diretamente atribuível a realizações anteriores ao nível da saúde. A saúde, muitas vezes medida como a esperança de vida do adulto, é considerada como um muito robusto e volumoso predictor de crescimento económico. Na maioria dos países desenvolvidos, as discussões contemporâneas sobre reforma da saúde em geral vêem as intervenções promotoras de saúde e de prestação de cuidados de saúde como custos que precisam de ser contidos. Outro aspeto diz respeito à contribuição da saúde para o total de receita, partindo da premissa que o PIB é uma medida

imperfeita do bem-estar social, porque não consegue incorporar bens que não sejam mercadorias, como por exemplo o valor da saúde.

O sector dos assuntos da saúde tem relevância em termos económicos. Atualmente pesa cerca de 7% do PIB da UE e cerca de 9% de todos os trabalhadores na UE estão empregados na saúde ou no setor de trabalho social. O verdadeiro propósito da atividade económica é a maximização do bem-estar social e não necessariamente a produção de bens *per se*. Embora não haja um efeito direto de saúde sobre a economia, há também um impacto do sistema de saúde sobre a economia. Além disso, o seu desempenho afeta a competitividade da economia em geral, através do seu efeito sobre os custos do trabalho, a flexibilidade do mercado de trabalho e a alocação de recursos ao nível macroeconómico. Existe uma sólida base teórica e empírica para o argumento de que as questões relacionadas com o capital humano têm influência no desenvolvimento económico e crescimento. O crescimento económico refere-se ao processo contínuo pelo qual a capacidade produtiva da economia aumenta ao longo do tempo trazendo níveis crescentes de produção nacional e de renda (Todaro, 2000). É medida pelo aumento do produto interno bruto (PIB) em termos reais.

A ideia que a saúde representa - ao lado da educação - uma componente importante do capital humano foi introduzida de forma mais destacada por Grossman (1972) mas recentemente tem sido reconhecida mais amplamente. O mesmo autor distingue entre a saúde como um bem de consumo, e saúde como um bem de capital. Como um bem de consumo, a saúde entra diretamente na função utilidade do indivíduo, com as pessoas a gostarem de estar saudáveis. Como um bem de capital, a boa saúde reduz o número de dias de doença, e, por conseguinte, aumenta o número de dias disponíveis para outras atividades, sejam de cariz mercantil ou não. Desde as questões de capital humano para os resultados económicos e considerando que a saúde é um componente importante do capital humano, podemos inferir que a saúde é igualmente importante na obtenção de resultados económicos. A performance da economia é também importante para a saúde.

A saúde é determinada por fatores genéticos, económicos, sociais, culturais e ambientais. Mas a saúde de uma população também pode influenciar o contexto económico. De acordo com Bloom, Canning & Sevilla (2001), a saúde pode contribuir para os resultados económicos em países desenvolvidos, principalmente através de quatro vias: maior produtividade, maior oferta de trabalho, competências mais elevadas, maior poupança de educação e formação e maior disponibilidade para investimento em capital físico e intelectual. Existem quatro mecanismos principais que podem explicar o efeito da saúde sobre a

economia: a produtividade do trabalho, na medida em que é expectável que indivíduos saudáveis consigam produzir mais por hora trabalhada. E também a melhoria da atividade física e mental aumenta a produtividade. Indivíduos fisicamente mais ativos e mentalmente mais disponíveis também serão por princípio capazes de fazer uma melhor e mais eficiente utilização de máquinas, tecnologia ou equipamento.

É de esperar que uma força de trabalho saudável seja mais flexível e adaptável às mudanças, por exemplo, nas alterações de funções no trabalho, ou na organização do trabalho. A oferta de trabalho assenta no pressuposto de que a boa saúde reduz o número de dias que um indivíduo falta por estar doente, o que conseqüentemente resulta num aumento do número de dias saudáveis disponíveis para afetar a trabalho ou lazer. Mas a saúde também influencia a decisão de fornecer trabalho, através do seu impacto sobre os salários, preferências e horizonte de vida esperado. O efeito da saúde sobre a oferta de trabalho através de cada um desses fatores intermédios nem sempre é óbvio.

Por um lado, os salários estão ligados à produtividade sendo os trabalhadores mais saudáveis os mais produtivos. Desta forma, verifica-se uma relação em que a uma melhoria da saúde se espera um aumento dos salários e, portanto, os incentivos para aumentar a oferta de trabalho (efeito-substituição). Por outro lado, ser saudável pode permitir rendimentos mais elevados ao longo da vida e, portanto, uma anterior retirada da força de trabalho (efeito-rendimento). A maneira como a saúde afeta as preferências individuais também determina os resultados económicos. Pode-se imaginar que, como a saúde melhora, o trabalho torna-se menos pesado, e, portanto, o indivíduo pode estar pronto para assumir mais trabalho em troca de ócio. No entanto, também se poderia imaginar que uma melhoria da saúde reduz as necessidades de consumo (por exemplo, de tratamentos de saúde ou medicamentos) o que, por conseguinte, reduz a preferência relativa para o trabalho, levando a uma redução do tempo de trabalho e a um aumento no tempo de lazer.

Finalmente, melhorias na saúde elevam a expectativa de vida, aumentando as suas necessidades de consumo, levando a uma maior oferta de trabalho. Quanto a poupança e investimento, o estado de saúde de um indivíduo ou de uma população é suscetível de causar impacto não só sobre o nível de rendimento, mas também na distribuição desse valor entre poupança, consumo e disposição para realizar investimentos. Indivíduos com boa saúde são suscetíveis de ter um horizonte mais amplo no tempo e a sua taxa de poupança pode, em consequência, ser maior do que a taxa de poupança dos indivíduos com problemas de saúde. Tudo o resto constante, uma população cuja esperança de vida aumenta deverá ter

também uma maior poupança. Deve igualmente resultar numa maior propensão a investir em capital físico ou intelectual.

Resumindo, há um número de canais que podem ligar causalmente saúde e resultados económicos, quer ao nível individual, quer ao nível agregado. Por fim, outro aspeto diz respeito ao impacto da saúde sobre a poupança. É muito plausível que a poupança aumente com a perspetiva de uma vida mais longa e saudável. A ideia de planeamento e, portanto, de poupar para a reforma seria esperado que ocorresse somente quando as taxas de mortalidade se tornassem suficiente baixas para a aposentação ser uma perspetiva realista. O aparecimento de problemas de saúde também pode afetar a poupança, reduzindo a quantidade de trabalho fornecido.

No que respeita ao vetor dos custos da doença, os estudos sobre este tema estimam a quantidade de recursos usados para tratar uma doença bem como a dimensão das consequências económicas negativas (em termos de perda de produtividade) da doença para a sociedade. A prestação de cuidados de saúde colide e confronta-se com as necessidades dos doentes e a realidade económica (Porter & Teisberg, 2006 e 2007). Aumento de custos, aumento dos problemas de qualidade e um aumento crescente de cidadãos sem acesso aos cuidados de saúde necessários é inaceitável e insustentável, e recomenda estratégias de reforma que permitam obter para os cidadãos melhores cuidados de saúde, para os profissionais a recompensa pelas boas práticas e para os financiadores contenção de custos.

Parece óbvio que há um custo associado ao mal-estar. Quer no custo de obtenção de tratamento, se é meramente uma viagem a uma loja para comprar um analgésico simples ou uma grande operação num hospital. Quer na perda de rendimento por parte dos que estão suficientemente doentes para poderem trabalhar. Em terceiro lugar, e menos fácil de medir, existe a perda de utilidade associada com a dor, incapacidade e sofrimento. O desafio é como medir esses custos. Esta questão deu origem a um vasto corpo de pesquisas usando os chamados estudos de “custo da doença” (COI). Estes estudos traduzem os efeitos adversos de doenças e dos seus fatores de risco em termos monetários. O objetivo é identificar e medir todos os custos associados a uma determinada doença ou fator de risco. Os estudos COI separam os custos de doença nos componentes de custos diretos e indiretos. Nos custos diretos, referem-se à queda de custos no sector da saúde em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. Embora não seja exaustiva, podem incluir os custos sob títulos como ambulâncias, hospitalares, ambulatório, reabilitação da saúde, comunidade, serviços médicos e produtos farmacêuticos. Nos custos indiretos, geralmente medem o potencial de

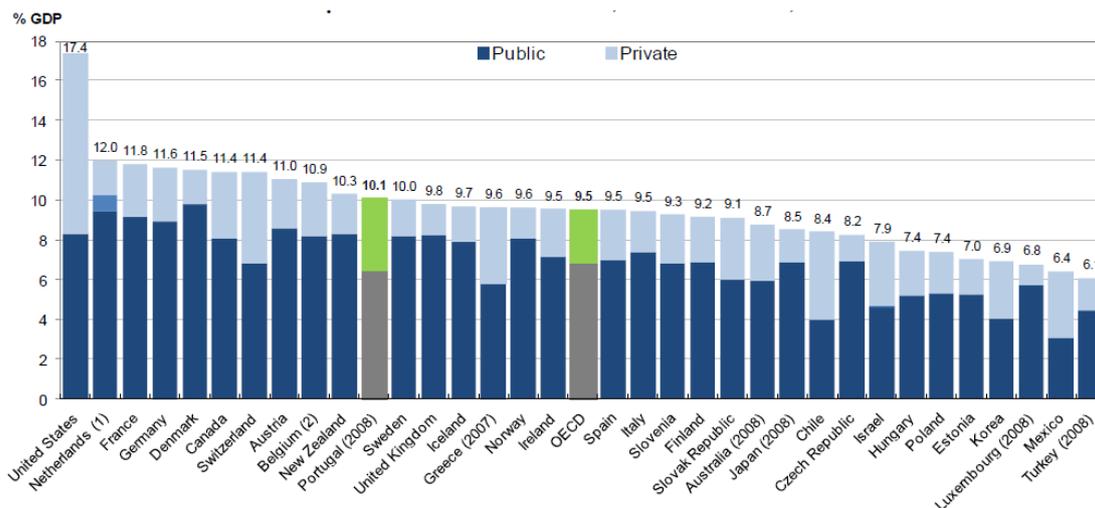
produtividade perdida dos pacientes que estão doentes demais para trabalhar ou que morrem prematuramente (ou seja, a “abordagem do capital humano”).

Uma atenção especial é também frequentemente dada a diabetes, ao tabaco e ao álcool. A importância da diabetes é aumentada porque é um importante fator de risco para muitas outras doenças, incluindo doenças cardíacas, insuficiência renal e cegueira, sendo o tabaco uma importante causa no que concerne à morte prematura e incapacidade na Europa. O álcool tem também um impacto significativo sobre a saúde, no entanto, ao contrário do tabaco, que é totalmente prejudicial, a situação com álcool é complicada porque há benefícios de saúde associados com o consumo moderado e regular entre aqueles com idade superior a 40 anos, a quem oferece um grau de proteção contra doenças cardíacas.

## **2.4 Alguns dados sobre a Saúde em Portugal**

Quando analisamos Portugal em comparação com a OCDE (2011), verificamos que os gastos totais com a saúde representaram 10,1% do PIB em Portugal em 2008 (último ano disponível), mais do que a média nos países da OCDE (9,5% em 2009). Os Estados Unidos são, de longe, o país com uma maior parte da sua economia gasta com a saúde, tendo em 2009 um valor de 17,4% do PIB destinado a esta rubrica.

Apesar de afetar uma alta proporção do seu PIB à rubrica de saúde, Portugal gastou apenas 2.508 USD em saúde *per capita* em 2008 (ajustado pela paridade do poder de compra), um valor inferior ao da média da OCDE de 3.223 USD em 2009. Os Estados Unidos gastaram, de longe, o maior valor *per capita* em 2009 (7.960 USD), seguido por Noruega e Suíça.



Fonte: Health at a Glance 2011, OECD Indicators

**Ilustração 10: Gastos em Saúde em percentagem do PIB nos países da OCDE em 2009**

Portugal tem 3,8 médicos por 1.000 habitantes, mais do que a média da OCDE de 3,1, mas é importante notar que o número para Portugal é uma estimativa - já que inclui todos os médicos licenciados para a prática e não apenas aqueles que estão realmente em exercício.

Embora o número de enfermeiros por habitante em Portugal tenha duplicado ao longo das últimas duas décadas, passando de 2,8 enfermeiros por 1.000 habitantes em 1990 para 5,6 em 2009, Portugal ainda está aquém da média da OCDE de 8,4 enfermeiros por 1.000 habitantes. O número de camas hospitalares de cuidados intensivos em Portugal foi de 2,8 por 1.000 habitantes em 2009, inferior à média de 3,5 da OCDE.

De acordo com muitos países da OCDE, o número de camas hospitalares por habitante em Portugal diminuiu gradualmente ao longo do tempo, coincidindo com uma redução do tempo médio de estadias em hospitais e um aumento no número de procedimentos cirúrgicos realizados num mesmo dia base (ou ambulatória). Durante a última década, tem havido um rápido crescimento na disponibilidade de tecnologias de diagnóstico, tais como tomografia computadorizada (TC) scanners e unidades de Ressonância Magnética (MRI), na maioria dos países. Apesar de Portugal ter também visto algum aumento em tais tecnologias, o número de exames de ressonância magnética em 2007 foi de 8,9 por milhão de habitantes em 2007 (último ano disponível), abaixo da média da OCDE de 12 em 2009. Quanto a scanners de TC, em Portugal, o seu número situou-se nos 26 por milhão de habitantes em 2007, acima da média da OCDE de 22 em 2009.

Portugal surge em 25.º lugar na classificação de sistemas de cuidados de saúde de 34 países europeus, divulgada pela organização *Health Consumer Powerhouse* (Björnberg,

2012), que sublinha os “longos tempos de espera” e os “resultados medíocres”. Sendo o sétimo país da União Europeia com pior resultado.

De acordo com Björnberg o diretor de investigação do Euro *Health Consumer Index* (2012), inquérito anual dos cuidados de saúde na Europa, parte-se do princípio que a crise económica dos últimos anos afetou Portugal e, por isso, não seria de esperar grandes melhoras na assistência médica, mas a verdade é que Portugal estagnou, enquanto outros países melhoraram. Segundo o mesmo responsável, Portugal tem bom nível na assistência médica utilizando a internet, mas esta modernização não reflete as condições gerais de assistência médica. As esperas são demasiado longas e os resultados medíocres, assinala. Como nota positiva, o estudo indica que o sistema é suficientemente inclusivo e existe um bom acesso a operações cirúrgicas renais e a cataratas.

## 2.5 Perceção sobre a Saúde em Portugal

Dada a complexidade do conceito de saúde, a tarefa de o medir também não é simples. São diversas as abordagens possíveis, como a mortalidade, a morbilidade, a incapacidade física, as admissões hospitalares, o grau de autonomia (no caso dos idosos), a estrutura etária da população ou a qualidade da prestação de determinado cuidado de saúde. A escolha dos indicadores depende dos objetivos da avaliação, bem como dos aspetos metodológicos, éticos e operacionais da questão em estudo. Os indicadores de mortalidade podem ser utilizados nesta análise. São indicadores fáceis de medir, pois a definição de morte é mais clara e objetiva. Todavia, este tipo de indicador pode ser de difícil medição quando determinadas doenças têm pouca representatividade como causa de mortalidade. Estabelecer a morte como último evento do processo saúde/doença não reflete o processo por completo e como as mudanças nas taxas ocorrem a longo prazo a análise a curto ou médio prazo pode ser pouco útil (Kunst & Mackenbach, 1994). A análise dos indicadores de morbilidade permite inferir os riscos de adoecer a que a população está sujeita, indicar os fatores determinantes, direcionar para intervenções adequadas em determinadas doenças e conhecer mudanças numa situação a curto prazo. A Direção Geral de Saúde considera que existem várias áreas prioritárias de investigação em serviços de saúde, nomeadamente no estudo das perceções e da satisfação do cidadão em relação aos serviços de saúde, ao acesso à informação e ao desempenho dos sistemas de reclamação (DGS, 2004). É comum a ideia de que o conceito de satisfação é de difícil operacionalização por se tratar de um conceito de natureza multidimensional

(satisfação com quê?). Segundo Ribeiro et al (2003), o grau de satisfação dos indivíduos pode ser influenciado por múltiplos aspetos relacionados com as características individuais, com as suas experiências passadas, com variáveis de contexto e com as expectativas sobre as diferentes dimensões da satisfação. De acordo com o *Estudo sobre a Saúde em Portugal* realizado pela empresa de estudos de mercado (Cegedim, 2012) foram entrevistados 1.051 indivíduos que quando questionados sobre a imagem que têm de um conjunto de instituições e profissionais de saúde e da indústria farmacêutica, os inquiridos colocaram à cabeça os Enfermeiros, seguidos dos Farmacêuticos e dos Médicos. O “Terceiro Sector” é aquele que tem a imagem menos positiva junto dos inquiridos. Dos mesmos 38% afirma ter por hábito automedicar-se, ou seja, comprar/tomar medicamentos sem a prescrição de um médico ou aconselhamento de um farmacêutico. O sistema de saúde mais usado pelos inquiridos (65,5%) é o SNS (Serviço Nacional de Saúde). Quando questionados sobre que medidas tomam atualmente para melhorar a sua saúde (excluindo medicação), os inquiridos referem a prática do desporto (47,9%), a redução de peso (41,9%) e a redução do sal (38,2%). Já 21% refere não tomar nenhuma medida para melhorar a sua saúde e 58% dos inquiridos afirma que o seu orçamento atual não permite fazer face às despesas de saúde do seu agregado familiar. Aproximadamente 1/3 dos inquiridos refere que nos últimos seis meses houve ocasiões em que, por motivos monetários, optou por não comprar todos os medicamentos prescritos por médicos, quando se dirigiu à farmácia. Quando questionados sobre o que mais os preocupa em relação à saúde, os inquiridos elegem à cabeça o receio de perda de qualidade do Serviço Nacional de Saúde, seguido do preço dos medicamentos e do preço das taxas moderadoras (Serviço Nacional de Saúde) /preço das consultas no sector privado. Já 69% dos inquiridos diz preferir, por princípio, medicamentos genéricos aos medicamentos de marca. Esta razão prende-se com o facto de se terem sempre dado bem com os genéricos. Os 31% dos inquiridos que preferem os medicamentos de marca justificam-no com terem uma maior confiança nas marcas e uma expectativa de maior eficácia. A maioria dos inquiridos (70,5%) refere ter por hábito procurar informação sobre a medicação que lhe é prescrita (por exemplo, na internet, livros, etc.).

## 2.6 Evolução das Políticas Públicas de Saúde em Portugal na Vertente da Equidade

Em Portugal, o acréscimo nos resultados de saúde pode ser imputado à interação das condições de saúde e sociais incitadas pela melhoria sanitária, pelo mais fácil acesso e crescente qualidade dos cuidados de saúde (Saltman, Bankauskaite, & Vrangbaek, 2007). Até ao ano de 1968, o regime autoritário restringia os direitos civis em que o papel do estado ao nível da saúde era considerado suplementar. A responsabilidade na assistência na doença e apoio social foi iniciada lentamente a partir de 1935, culminando com a criação da Segurança Social após a revolução de 1974. A Constituição da República Portuguesa de 1976 é clara no direito universal à proteção da saúde e no dever de a defender e promover (artigo 64º), o que demonstra uma nova preocupação para que todos os cidadãos tenham o mesmo direito à proteção e promoção da sua própria saúde, o que requeria a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e gratuito, para além da melhoria das condições económicas, sociais, culturais e laborais. Noutros artigos da Constituição, existem referências sobre o acesso equitativo a bens produtores ou promotores de saúde, como o alojamento em condições adequadas, o saneamento básico, as condições de segurança no trabalho e a educação. É certo que determinadas condições socioeconómicas poderão atribuir um maior acesso aos bens promotores de saúde, no entanto deverão ser garantidos níveis mínimos de acesso para todos. Se considerarmos que o objetivo constitucional é o igual acesso, então o que verdadeiramente distingue esta de outras metas é o facto de dizer respeito aos bens que promovem a saúde e não simplesmente aos cuidados de saúde (Pereira, 2003).

A Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979, ainda hoje em vigor, era segundo os seus proponentes, uma aplicação dos princípios consignados na Constituição, em “que o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição promulgada em 2 de Abril de 1976, que tem como objetivo a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população gratuitamente” (Lei n.º 56/79). Foi argumentado que o Estado deveria assegurar o desenvolvimento da igualdade na política de saúde nacional, no entanto, a Lei pouco se refere à saúde e concentra-se nos serviços de saúde. Os objetivos de equidade do SNS estão consagrados nas suas próprias características: universal (destinado a todos os cidadãos, sem discriminação), geral (prevenção, tratamento e reabilitação) e gratuito (financiado pelo Estado e não implica pagamento direto dos utentes) (Pereira, 2003). O artigo 4º explicita que “o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição

económica e social” (Lei n.º 56/79). A interpretação correta desta afirmação deve ser feita em termos de igualdade de acesso aos cidadãos do SNS para iguais necessidades (Pereira, 2003).

Em 1990 um novo quadro legal do serviço nacional de saúde foi aprovado, através da Lei de Bases da Saúde em que se define que “é objetivo fundamental obter igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (Lei 48/90). Como se verifica, os objetivos de equidade aqui abordados são ao nível do acesso e da utilização. Os objetivos de equidade em saúde têm assim sido gradualmente introduzidos nos documentos legais. No Despacho 25360/2001, é facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal, igualdade no tratamento (como o dado aos beneficiários do SNS), aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS.

Em 2004 foi aprovado o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, que representa uma nova forma estratégica de contemplar a saúde (DGS, 2004). Neste documento, a equidade é considerada como um valor realmente orientador da ação no sector da saúde, essencial para garantir uma maior aproximação entre o cidadão, o poder político e uma cidadania mais centrada numa participação ativa na vida pública em geral e nas coisas da saúde em particular, para que se aumentem as opções de escolha do cidadão, se multipliquem os mecanismos de participação do indivíduo no sector da saúde e se apoiem as organizações da sociedade civil, numa perspetiva promotora de comportamentos saudáveis e de contextos ambientais conducentes à saúde” (DGS, 2004).

Recentemente a OMS avaliou o PNS, identificando as suas potencialidades, limitações e lacunas e fornecendo recomendações (2010). Segundo este relatório, o PNS apresenta diversas lacunas e limitações políticas, sendo referido que parece existir uma falta de atenção em relação ao tema da equidade em saúde e nos cuidados de saúde em geral, apontando como desafios o alinhamento estratégico entre os decisores políticos e a implementação do PNS, a dificuldade na ação intersectorial dirigida para obter “ganhos em saúde”, a implementação regional diferente e a dificuldade em coordenar e implementar os diversos programas de saúde ao nível local (*idem*). A OMS enumera diversas recomendações para que o PNS obtenha “ganhos em saúde”, sugerindo entre outras, que o próximo plano seja mais claro, compreensível, implementável, com fundamentação transparente e com diversas versões adequadas às audiências a que se destinam (*idem*). Os Programas dos XVII e XVIII Governos Constitucionais para a Saúde (2005-2009 e 2009-2013) referem a equidade como princípio

orientador. No Programa do XVII Governo Constitucional é referido que o mesmo tem em conta o contexto social no qual as pessoas nascem, crescem, vivem e morrem. E o contexto do País, neste domínio, é particularmente preocupante: elevadas taxas de pobreza, desemprego, abandono escolar precoce, média de rendimentos baixa e reduzido nível de literacia geram intoleráveis situações de exclusão social e desigualdades em saúde que devem ser combatidas (Programa do XVII Governo Constitucional para a Saúde - 2005-2009).

No Programa do XVIII Governo Constitucional, o próprio título “Saúde para todos” parece tencionar referir-se à igualdade de tratamento ou oportunidade para a saúde, no entanto o documento só se refere à equidade como objetivo geral do programa, em que o foco da reforma é acrescentar valor para o cidadão, tendo por objetivo conseguir bons resultados de forma eficiente e mais equitativa, como necessidade no reforço do sistema de saúde pelo que se devem concentrar em aprimorar a qualidade dos resultados e em corrigir as desigualdades ainda existentes e a respeito do medicamento: promover uma revisão global do sistema de participação no sentido de obter melhor equidade e mais valor para todos os cidadãos (Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde - 2009- 2013).

## 2.7 Qualidade e Saúde

A preocupação acerca da temática da qualidade em serviços de saúde tem sido uma prioridade para os gestores e profissionais de saúde e uma das principais inquietações da Organização Mundial da Saúde (OMS), há mais de trinta anos (Vuori, 1982).

A conceção de qualidade é condicionada por fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais (Donabedian, 1990). Várias razões contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de garantia da qualidade, como a não adequada segurança dos sistemas de saúde; a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; a insatisfação dos utentes; a iniquidade no acesso aos serviços de saúde; as longas listas de espera; o desperdício inaceitável proveniente da escassa eficácia (OMS, 1988; Shaw & Kalo, 2002).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde considera que uma assistência qualitativamente adequada deve incluir, pelo menos, os elementos de qualidade técnica, uso eficiente dos recursos, controlo dos riscos oriundos das práticas assistenciais, acessibilidade da atenção, aceitabilidade por parte dos pacientes (Roemer & Montoya-Aguilar, 1988), sobretudo desde que a centralidade do cidadão foi reconhecida e incorporada nos sistemas de

saúde, (Ranci Ortigosa, 2000). No entanto, o conceito de qualidade em saúde tem muitas facetas e autores diferentes podem utilizar significados distintos para esse termo (Vuori, 1991; Uchimora & Bosi, 2002; Leatherman & Sutherland, 2005; Kemple, 2009).

A qualidade em saúde pode ser descrita em termos de eficácia e eficiência e pode também referir-se a características de excelência e à sua procura, (Lee & Yom, 2006). Neste sentido, a qualidade consiste em duas partes interdependentes: qualidade de facto e qualidade na perceção, sendo que num caso significa a confrontação com padrões e corresponde às expectativas de cada um e noutro refere-se a corresponder às expectativas do consumidor (Lee & Yom, 2006). No entanto, a qualidade é um fator estratégico para a eficiência e a produtividade dos profissionais e para a avaliação e vontade dos consumidores para adquirir serviços, pelo que deve ser medida e controlada.

Para qualquer utente é fundamental perceber a qualidade (Pereira, 2003). Este é talvez um conceito que se entende que seja mais valorizado na saúde do que noutras áreas por se tratar de um bem essencial que é a vida de cada um de nós. A satisfação com os cuidados de saúde altera-se de utente para utente e depende de vários fatores como o referencial socioeducativo e cultural, a personalidade, o estado de saúde e a idade, entre outros (Lee & Yom, 2006).

Desenvolveram-se assim vários sistemas: O *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América define qualidade como o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e as populações aumentam as probabilidades de obter os resultados esperados de saúde e são coerentes com o conhecimento profissional corrente, definindo os atributos de eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade para a avaliação da qualidade. Mezomo e Ranson definem como outros os atributos que caracterizam a qualidade dos serviços de saúde como por exemplo a performance técnica, gestão das relações interpessoais, condições (de hotelaria e físicas) da prestação de cuidados, resposta às preferências dos pacientes, eficiência de custos e eficácia (Mezomo, 2001; Ransom, 2004).

O *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América refere que os cuidados de saúde devem ser seguros, eficazes, centrados no doente, atempados, eficientes, equitativos e que não variem em qualidade em função das características do doente, tais como o sexo, grupo étnico, localização geográfica, ou situação socioeconómica. Existem também os modelos referentes a qualidade total na saúde, que se caracterizam, essencialmente, pela sua focalização nos utentes e pela excelência, efetividade e eficiência dos serviços. (Florentim,

2006). Vários outros autores (Saltman, Rico, & Boerma, 2006; Starfield, 2008a) defendem a importância da formação, educação, investigação e melhoria contínua da qualidade.

As principais metodologias adotadas em Portugal passam pela acreditação e pela certificação baseadas em modelos internacionais. Por acreditação, entende-se um processo formal pelo qual um órgão reconhecido, geralmente uma organização não-governamental avalia e reconhece que uma instituição de saúde atende a padrões aplicáveis, predeterminados e publicados (Rooney & Ostenberg, 1999). Certificação é um processo pelo qual um órgão autorizado, seja uma organização governamental ou não-governamental, avalia e reconhece um profissional individual ou uma instituição como atendendo a requisitos ou critérios predeterminados.

As modalidades de acreditação e certificação escolhidas em Portugal são as da *Joint Commission International, Health Quality Service* (antigo *King's Fund*) e as normas ISO 9000. O Modelo da *Joint Commission International* define normas para a acreditação de acordo com os requisitos estabelecidos no sentido da garantia da qualidade e contenção de riscos (Donahue, 2000).

As normas avaliadas abordam as seguintes dimensões: acessibilidade à saúde; direitos do doente da família; avaliação de doentes; cuidados prestados aos doentes; educação do doente e da sua família; melhoria da qualidade e segurança do doente; prevenção e controlo de infeções; administração, chefia e direção; gestão e segurança da instalação; qualificações e educação dos profissionais. Já o modelo de acreditação pelo *Health Quality Service (King's Fund)* define um total de 55 padrões para a avaliação da organização divididos em 6 secções: governo clínico e organizacional; gestão operacional; infraestruturas e serviço de hotelaria; experiência do doente; circuito do doente; serviços clínicos. Outro modelo refere-se à aplicação das normas ISO aplicáveis a organizações de saúde. Os padrões adotados pela ISO para a gestão pela qualidade estão expressos na norma ISO 9004:2000 em oito princípios: foco no cliente; liderança; envolvimento das pessoas; abordagem por processos; abordagem à gestão sistemática; melhoria contínua; abordagem à decisão com base em factos; relações de benefício mútuo com os fornecedores.

O modelo da *European Foundation for Quality Management (EFQM, 2003a)* para atingir a excelência é não prescritivo e baseado em nove critérios: liderança, pessoas, política e estratégia, parcerias e recursos, processos, resultados nas pessoas, resultados para o cliente, resultados para a sociedade, e finalmente, a configuração do modelo permite a aplicação a qualquer tipo de organização. A sua estruturação e organização sistematizada facilitam a sua

adaptação a qualquer tipo de indústria, pelo que a área da saúde não é exceção (EFQM, 2003b; Moeller, 2001). Os conceitos por detrás do modelo que a própria EFQM disponibiliza no sítio oficial da organização são: orientação para os resultados: focalização no cliente; liderança e constância de propósitos: gestão por processos e por factos: desenvolvimento e envolvimento das pessoas: aprendizagem, inovação e melhoria contínuas: desenvolvimento de parcerias: responsabilidade social corporativa: O modelo assenta em nove critérios e respetivos subcritérios (EFQM, 2003b): liderança; política e estratégia; gestão de pessoas; recursos e parcerias; processos; resultados nos clientes; resultados nas pessoas; resultados na sociedade; resultados-chave do desempenho.

Uma questão importante nos nossos dias é qual a relação entre qualidade e equidade, sendo que não se trata de uma relação sem problemas, mas suscetível de fortes tensões (Delamothe, 2008). Numa situação de recursos limitados para o sector saúde e na ausência de mecanismos de regulação social, um possível desfecho poderia ser mais qualidade para poucos, combinada com menos equidade (Altieri, 1997). É evidente, acrescentam Paganini & Vazzano (2002) que as iniciativas adotadas para promover a qualidade baseadas exclusivamente na acreditação dos estabelecimentos sanitários, não têm conseguido reduzir as desigualdades em saúde.

Quanto às limitações deste sistema, é verdade que se tornou possível melhor estabelecer padrões de serviços e procedimentos em saúde e, conseqüentemente, definir serviços de alta qualidade em saúde, bem como medir alguns de seus aspetos (Roland, 2004). No entanto, a autonomia dos médicos tornou-se cada vez mais restrita, a ponto de correremos o risco de fortalecermos um modelo científico-burocrático do exercício da Medicina. (Harrison, Moran, & Wood, 2002). Neste sentido, Donabedian já havia definido a prática dos médicos como uma validade normativa, ou seja, fundamentada por um consenso profissional (1980). Ele afirmava que, mesmo quando duas escolas rivais de pensamento diferem nas suas práticas, mas cada uma delas se conforma fielmente às recomendações de uma ou de outra escola, pode-se considerar que ambas possuam um mesmo nível de qualidade (Donabedian, 2005).

Portanto, a qualidade em qualquer sistema de saúde pode apenas refletir uma ideologia hegemónica que define os critérios para sua formatação. Uma excessiva atenção sobre um único aspeto pode prejudicar a qualidade das demais ou ainda o alcance da qualidade de todo o sistema (Heath, 2009). Nesse sentido, Starfield (2008b) critica a nova estratégia de remuneração dos médicos de famílias na Inglaterra, centrada principalmente na avaliação dos

resultados clínicos referentes a uma série de doenças crónicas, sem mensurar e valorizar o que nos cuidados primários representa um aspeto fundamental da relação terapêutica, ou seja, a capacidade de trabalhar os problemas do paciente, a personalização e a continuidade dos cuidados.

Para as diferentes entidades envolvidas os atributos têm uma importância diferente. Assim, de acordo com estes autores, os médicos tendem a enfatizar os aspetos técnicos, enquanto para as entidades financiadoras a eficiência é de maior relevância. Na avaliação da qualidade na saúde, Count & Meurer (2001) alertam para o facto de ser necessário atender ao contexto em que os diferentes sistemas de saúde se encontram. A forma como a qualidade é abordada e as pressões a que as instituições de saúde se encontram expostas é função do sistema de saúde em que se encontram. Quando a pressão é exercida pelo mercado, como acontece nos EUA, o facto de haver um volume considerável de recursos a aplicar leva a que muitas organizações não desenvolvam os sistemas de melhoria de processos na sua totalidade (Count & Meurer, 2001). A pressão para a melhoria da qualidade, no que diz respeito aos processos aí iniciados, tem por finalidade responder à redução verificada no financiamento com a redução dos desperdícios.

Quanto a resultados de saúde: No que respeita aos hospitais, globalmente, mais de sete em cada dez cidadãos da União Europeia define a qualidade dos hospitais no seu país como muito boa ou razoavelmente boa. No entanto, um quarto do público europeu acredita que a qualidade dos hospitais é bastante má ou mesmo muito má. De acordo com o “Estudo sobre a Saúde em Portugal” (Cegedim, 2012) a perceção dos portugueses sobre os Enfermeiros, Farmacêuticos e Médicos é positiva, sendo que também referem o Serviço Nacional de Saúde como de boa qualidade, pois reportam como maior receio para o futuro a perda de qualidade do SNS.

## **2.8 Qualidade de Vida**

Existe consenso em torno da ideia de que são múltiplos os fatores que determinam a qualidade de vida de pessoas ou comunidades. O termo tem significados divergentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diversos, pois está submetido a múltiplos pontos de vista variáveis de acordo com a cultura, classe social, temporalidade, estado emocional e características individuais (Pozza, Jimenez, & Carvalho, 2008).

Segundo a OMS, a expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, mas sim por via da qualidade de vida que proporcionam às pessoas (OMS, 1998a). O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe como consequência negativa a sua progressiva desumanização.

Assim, a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Apesar de haver um consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, o seu conceito ainda é um campo de debate. Alguns autores reconhecem a complexidade e a impossibilidade de conceituar de forma adequada a qualidade de vida, tratando-a como uma variável “emergente”, da mesma forma que constructos como “traços de personalidade” ou “emoções” (Fleck, 2008).

De acordo com o estudo da OMS sobre Qualidade de Vida (WHOQOL), o conceito de “qualidade de vida” é amplo, abrange a complexidade do constructo e inter-relaciona o meio ambiente com aspetos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (Fleck, 2000).

Assim, qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da sua cultura, no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, padrões e preocupações. Há três aspetos fundamentais sobre o constructo qualidade de vida que estão implícitos nesse conceito, nomeadamente o da subjetividade, no qual a expectativa do indivíduo é o que está em questão; a objetividade, tendo em conta a percepção pelo indivíduo; e o de multidimensionalidade, isto é, a qualidade de vida como resultado de várias dimensões.

Este aspeto tem uma consequência métrica importante, a de que não é desejável que um instrumento que mensure a qualidade de vida venha a ter um único resultado, mas sim que a sua medida seja feita por meio de resultados em vários domínios (por exemplo: físico, mental, social, etc.); a presença de dimensões positivas e negativas.

Assim, para uma “boa” qualidade de vida, é necessário que alguns elementos sejam efetivos, como por exemplo a mobilidade e outros se encontrem ausentes, como por exemplo a dor.

Considerando a Qualidade de vida como oposto de quantidade de vida, ou seja, duração da vida ou longevidade, segundo o qual a medida da longevidade, embora seja uma componente da avaliação da condição de saúde de um indivíduo ou de uma população, não engloba todos os aspetos. É necessário que se tenha uma medida da qualidade ou do nível de saúde experimentado durante o tempo de vida, já que é preciso distinguir entre duas populações com mais ou menos a mesma longevidade, mas com estados de saúde profundamente diferentes, medidos em termos de diminuição da capacidade ou em termos de incapacidade (Bickenbach, Chatterji, Badley, & Ustün, 2008).

Qualidade de vida como sinónimo da experiência global vivida por um indivíduo, medida como a combinação das condições de vida reais (os chamados indicadores objetivos da qualidade de vida, tais como pobreza, segurança, acesso a oportunidades, entre outros) com participação efetiva na vida, execução de ações, tarefas e comportamentos. Esse sentido de qualidade de vida – que claramente amplia bastante o domínio da saúde – é, em certa medida, a combinação entre oportunidades reais e a participação real nessas oportunidades. Qualidade de vida como a satisfação de um indivíduo com todos os aspetos da vida, incluindo a saúde: Essa é a noção de avaliação e está intimamente ligada ao conceito de bem-estar mencionado a seguir. Qualidade de vida como importância que o indivíduo confere a diferentes domínios de sua vida, incluindo a saúde (ou seja, o seu estado de saúde). Considerando a felicidade ou bem-estar, medida considerando domínios objetivos (saúde, rendimento, segurança, oportunidades e assim por diante) ou como uma noção subjetiva, tanto por meio de perguntas diretas – “Você (geralmente, regularmente, frequentemente, nunca) está feliz?” – Quanto por meio de respostas a perguntas sobre os chamados estados de saúde mental positivos – “Você sente-se cheio de energia?” ou “Você é animado?” e assim por diante. Qualidade de vida como uma combinação do que foi descrito: Para os autores, o que todas essas definições têm em comum é que o domínio da saúde (quer como um estado de saúde objetivo, quer como a reação subjetiva do correspondente a esse estado) é considerado um componente da qualidade de vida, ou, por outras palavras, um domínio do bem-estar humano.

Contudo, diante do impacto que o conceito de saúde pode ter na vida das pessoas, são necessários indicadores que possam nortear operacionalmente essa dimensão da qualidade de vida.

Assim, a qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se não só à forma como as pessoas percebem o seu estado geral de saúde, mas também o quão físico, psicológico e socialmente estão na realização de suas atividades diárias (Toscano & Oliveira, 2009). No

entanto, através da literatura, percebe-se que o conceito de qualidade de vida é diferente de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

Nahas (2001), também coloca que o conceito de qualidade de vida é diferente de pessoa para pessoa e tende a mudar ao longo da vida de cada um. Em geral, associam-se a essa expressão fatores como o estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade. Num sentido mais amplo, qualidade de vida pode ser uma medida da própria dignidade humana, pois pressupõe o atendimento das necessidades humanas fundamentais.

Qualidade de vida é um conceito difícil de definir e medir. Uma hipótese é a proposta que sugere que as medidas de qualidade de vida tenham uma diferença, num determinado período de tempo entre as esperanças e expectativas do indivíduo e o que ele experimenta no presente. Qualidade de vida só pode ser descrita pelo indivíduo, e deve levar em consideração muitos aspectos da vida (Calman, 1984).

De acordo com Fleck, é considerada uma "boa qualidade de vida" quando as esperanças e as expectativas de um indivíduo são satisfeitas pela experiência (Fleck, 2008). Essas expectativas são modificadas pela idade e pela experiência.

A definição de qualidade de vida tem algumas implicações: Só pode ser descrita pelo próprio indivíduo; Deve levar em conta vários aspectos da vida; Está relacionada com os objetivos e metas de cada indivíduo, de um ponto de vista realista, estando relacionada com a capacidade de identificar e de atingir esses objetivos que podem ser alterados pela doença e respectivo tratamento. Pode avaliar-se a qualidade de vida geral (QVG) utilizando-se medidas genéricas sem especificar patologias, ou medidas mais específicas, que relevem mais a qualidade de vida individual e a experiência de doenças, nomeadamente doenças crónicas ou a consequências das mesmas (Kluthcovsky, Takayanagui, Santos, & Kluthcovsky, 2007).

### **2.8.1 Qualidade de Vida na Europa**

São vários os estudos europeus sobre esta matéria. De acordo com os resultados do Inquérito à Qualidade de Vida Europeia, os europeus estão geralmente satisfeitos e felizes com a vida, atingindo numa escala de um a dez, a média de 7 para satisfação de vida e 7,5 para a felicidade (Anderson, Mikuliç, Vermeyley, Lyly-Yrjanainen, & Valentina, 2007).

A Comissão Europeia, através da sua Agenda Social Renovada (European Commission, 2008) afirmou como objetivo refletir as necessidades sociais prioritárias,

visando melhorar o bem-estar e qualidade de vida, propondo uma abordagem mais holística para combater a pobreza e promoção da inclusão social (European Commission, 2008).

**Tabela 2: Indicadores de Bem-estar, UE27**

idade	Optimismo sobre o futuro (%)				Felicidade média e índices de satisfação (1 a 10)	
	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discord a	Não sabe	Feliz	Satisfeito com a vida
18 a 34	66.3	19.1	14.2	0.5	7.7	7.1
35-49	53.3	23.5	22.7	0.5	7.5	7.0
50-64	48.9	24.6	25.9	0.6	7.4	6.9
65+	44.9	25.9	28	1.2	7.3	7.1

Fonte: UE, Second European Quality of Life Survey, 2007

A qualidade de vida é assim analisada nos seus determinantes. Começando pela família, os europeus relatam níveis elevados de satisfação com a vida familiar. No que respeita à saúde, 81% dos residentes da UE disse que a boa saúde era "muito importante" para a qualidade da sua vida: no entanto, em média, apenas 21% das pessoas definiu o seu estado de saúde com o grau "muito bom". Existe também uma ligação entre a saúde e satisfação de vida. Outro aspeto diz respeito às habilitações académicas. Em geral, um nível mais elevado de formação também parece ser associado a um maior nível de satisfação com a vida. O estado de relacionamento também é uma importante variável. A qualidade das relações familiares é considerado o item mais importante para a qualidade de vida (Alber & Fahey, 2004).

As pessoas que vivem sozinhas (solteiros, viúvos, separados ou divorciados) estão menos satisfeitos com suas vidas do que aqueles que vivem com um parceiro ou com um parceiro e filhos. O menor nível de satisfação com a vida é encontrado para as famílias monoparentais. O ónus de cuidar das crianças pode ser uma razão para a diminuída satisfação com a vida das famílias monoparentais. Um elemento central na melhoria da qualidade de vida é a criação de condições que ajudem as pessoas a atingir seus próprios objetivos, provocando um sentimento de realização pessoal. A saúde, a educação e o rendimento disponível também parecem estar associados com a opinião das pessoas e as expectativas sobre o futuro. Outra questão é a relacionada com o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal.

A conciliação entre vida profissional e privada tem-se tornado um ponto central para uma série de iniciativas políticas da EU em torno da puericultura, tempo de trabalho e licença de parentalidade (European Commission, 2008).

O *Eurofound* desenvolveu um quadro de qualidade do trabalho e de emprego assente em quatro pilares principais: situação de emprego, saúde e bem-estar no trabalho, desenvolvimento de carreira e equilíbrio trabalho-vida (Vermeulen, 2007).

No que respeita ao tempo de trabalho, de acordo com o Inquérito à população do Eurostat, na UE o número médio de horas de trabalho num emprego remunerado é de 38,5 a cada 7 dias. Mais de um quarto (27%) dos trabalhadores da UE-27 sente que gastam muito tempo no trabalho (2008).

Neste sentido a discussão de género continua ainda presente, embora se tenham verificado mudanças significativas a este propósito (Thery, 2007). Apesar das mulheres continuarem a ser desproporcionalmente mais envolvidas no trabalho doméstico não remunerado, os homens relatam um pouco mais de insatisfação com o equilíbrio trabalho-vida. Uma explicação provável é o volume de horas de trabalho e o modo como essas horas são organizados entre os géneros masculino e feminino (Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley, & Vermeulen, 2007).

A atenção para questões familiares também se intensificou com a consciência crescente das tendências demográficas que apontam para uma rápida mutação de perfil de idade da população da Europa, devido à diminuição da fertilidade e aumento da expectativa de vida (European Commission, 2006). O envelhecimento geral da população tem importantes implicações para as famílias tanto em relação ao acolhimento de crianças, como ao atendimento aos idosos (European Commission, 2007a).

No que respeita aos contactos com familiares, a maioria reporta um contacto presencial com um ou mais dos seus parentes pelo menos uma vez por semana.

**Tabela 3: Frequência de contacto com a família e os parentes que vivem fora do ambiente familiar**

	Anos				
	18-24	25-34	35-49	50-64	65+
<b>Filhos</b>	78	85	83	72	73
<b>Mãe ou pai</b>	77	64	59	57	54
<b>Irmão, irmã ou outro parente directo</b>	68	54	41	33	31
<b>Amigos e vizinhos</b>	93	85	81	81	84

Fonte: Second European Quality of Life Survey EQLS 2007

A acessibilidade, adequação e qualidade do alojamento são as grandes preocupações para a maioria dos cidadãos europeus. Na UE-27, 70% das pessoas dizem que possuem a sua própria casa. Um elemento de adequação da habitação é o volume de espaço disponível e um indicador dessa situação é o número de quartos na propriedade. O tamanho médio da casa nos Estados-Membros está relacionado com a estrutura etária e padrões de formação familiar (Fahey & Alber, 2004), assim como com o rendimento e a idade.

A Organização Mundial de Saúde, no ano de 2008, publicou o seu importante relatório (Commission on Social Determinants of Health, 2008), enfatizando que o ambiente social, e não simplesmente a biologia, explica a maior parte das diferenças na saúde das pessoas, tanto entre como dentro dos países. O foco na promoção social, esbatendo as desigualdades em saúde é central para a própria estratégia de saúde da UE (European Commission, 2007b). No entanto, diferenças socioeconómicas são motivo de preocupação não só quanto ao estado de saúde, mas também para o acesso aos serviços de saúde e qualidade.

Nos últimos anos, a carga da doença associada à má saúde mental tem recebido crescente atenção. Pessoas com problemas de saúde mental estão entre os mais propensos a estar fora do emprego e enfrentam dificuldades em vários domínios das suas vidas diárias (Knapp, McDaid, Mossialos, & Thornicroft, 2007). Nos EQLS, 21% de pessoas avaliaram a sua saúde como "muito boa", 46% como "boa", 24% como "razoável" e 9% como "má ou muito má".

A falta de saúde está associada com o aumento da idade: na UE27, menos de 2% das pessoas com idade entre 18-34 anos relataram má saúde, mas este número aumentou para 18% entre aqueles com idade de 65 anos e mais. A relação entre estado de saúde e rendimento é igualmente absoluta. Cerca de 14% das pessoas de menor rendimento relataram a saúde como má em comparação com 9% das pessoas em quartil médio e 4% das pessoas no quartil mais elevado.

**Tabela 4: Satisfação média com a saúde na UE27, por género e rendimento**

	Homens			Mulheres		
	Menor quartil de rendimento	Quartis médios de rendimento	Quartil mais elevado de rendimento	Menor quartil de rendimen	Quartis médios de rendiment	Quartil mais elevado
<b>UE27</b>	7.1	7.4	7.9	6.8	7.2	7.8

Fonte: Second European Quality of Life Survey, EQLS 2007

Enquanto o rendimento se revela um fator importante, que influencia o padrão de vida das pessoas e a qualidade de vida, outros elementos, como dispor de boa saúde e de uma vida familiar favorável, continuam no centro da satisfação com a vida para a maioria das pessoas. A família desempenha um papel central em todos os países, tanto como um veículo fundamental para a integração social, como enquanto fonte fundamental de apoio ao cumprimento diário e urgente das necessidades.

### **2.8.2 Qualidade de vida em Portugal**

No segundo estudo da *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico* esta avalia a qualidade de vida no Índice Vida Melhor, uma ferramenta interativa que permite ver o desempenho de 36 países em 11 dimensões (Kee & Nolte, 2008). É um retrato que mostra os portugueses insatisfeitos, desconfiados e inseguros. Os homens passam mais horas no emprego e ganham mais do que as mulheres, mas elas vivem mais, têm níveis de instrução mais elevados e reportam maior satisfação com a vida. Portugal apresenta resultados moderadamente positivos em alguns indicadores, mas na generalidade, pontua abaixo da média. Medir a felicidade não é tarefa fácil, porque implica avaliar dimensões subjetivas, como a satisfação e a vivência de experiências positivas. Numa escala de zero a dez, os portugueses classificaram a sua satisfação geral de vida com 5.2, bastante abaixo da média da OCDE (6.7). Quando questionados se experienciaram mais sentimentos positivos (alegria, repouso, realização) do que negativos (medo, preocupação, tristeza, aborrecimento), 72% dos portugueses reportaram mais sensações positivas, o que está na média. A confiança dos portugueses nas instituições políticas é significativamente inferior à da média dos 36 países analisados pela OCDE - 43% e 53%, respetivamente. Isso traduz-se numa baixa participação cívica, como é evidente nas taxas de abstenção mais elevadas do que na generalidade dos outros países. Este é um dos indicadores fortemente afetados pela diferença de rendimentos: 73% dos mais ricos votam, enquanto entre os mais pobres só 63% o fazem. Cerca de metade (51%) dos portugueses tem medo de andar sozinho na rua à noite, o que traduz um sentimento de insegurança superior à média da OCDE (33%). No nosso país, 5,8% da população revelou que, no último ano, foram vítimas de crimes, o que é uma média superior à verificada nos países da OCDE (4%). Já a taxa de homicídios - considerado um indicador fiável porque é um crime geralmente reportado às autoridades - é mais baixa (1.2 por cem mil habitantes) do que na OCDE.

No que respeita à distribuição de rendimento os 20% mais ricos ganham seis vezes mais do que os 20% mais pobres. No que respeita às condições habitacionais, 92% dos portugueses estão satisfeitos com as suas condições de habitação, o que resulta do bom desempenho do acesso a instalações sanitárias e do número de pessoas que partilham o quarto (1,4, próximo da média de 1,6). Quanto à poluição do ar, encontra-se abaixo da média dos parceiros da OCDE, estando também satisfeitos com a qualidade da água. Já nos espaços verdes somos mais penalizados. 16% dos portugueses sentem falta do contacto com a Natureza. Outro aspeto que influencia a qualidade de vida é a situação face ao emprego.

Aqui, os indicadores de Portugal estão bem abaixo da OCDE, com um nível de desemprego jovem de 22,3% (OCDE=16,7%) e de desempregados há mais de um ano de 5,6%, sendo que na OCDE é de 3%. Também no que respeita aos salários eles são relativamente mais baixos do que a média da OCDE, sendo as desigualdades na sua repartição também elevadas. A taxa de conclusão do secundário é a pior da OCDE: 30% quando a média é de 74%. As tarefas domésticas continuam a ser efetuadas essencialmente pelas mulheres.

No que respeita à saúde, variável importante para este estudo, à pergunta genérica sobre o estado da sua saúde, 49% dos portugueses consideraram-se de boa saúde, muito abaixo da média dos cidadãos dos 36 países em análise (70%). Estes resultados variam em função do género e do estatuto económico. Os homens (54%) revelam-se mais satisfeitos com a saúde do que as mulheres (43%). Entre os 20% mais ricos, a satisfação é de 66%, o dobro da verificada entre os mais pobres (33%). Portugal gastou 10,1% do PIB com a saúde, mais do que a média da OCDE (9%), mas o gasto por pessoa é inferior à generalidade dos países. A esperança de vida (83 anos para mulheres e 77 para os homens) coloca-nos em linha com os resultados da OCDE.

## 2.9 Esperança Média de Vida

A maioria dos países tem tido grandes ganhos na expectativa de vida nas últimas décadas devido à melhoria nas condições de vida, intervenções de saúde pública e progressos no tratamento médico, o que também traz associado uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependência nas atividades de vida diárias (Sequeira, 2007).

Em 2009 a esperança média de vida ao nascer em Portugal foi de 79,5 anos, que é igual à média da OCDE. A expectativa de vida era maior no Japão com 83 anos, seguido por Suíça, Itália e Espanha. A esperança de vida à nascença, em Portugal, aumentou praticamente

para o dobro durante o século XX. Apesar desta tendência se ter continuado a desenvolver favoravelmente nos últimos 20 anos, a esperança de vida da população portuguesa ainda permanece abaixo da média da UE (OMS, 2003).

**Tabela 5: Evolução de indicadores relevantes**

	1920	1980	2000	2007
Esperança de vida à nascença, em anos, mulheres	40,0	74,6	80,3	82,0
Esperança de vida à nascença, em anos, homens	35,8	67,5	73,2	75,5
	1980	1990	2000	2008
Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos	24,3	11,0	5,54	3,3

Fonte: Barros e Simões (Pita Barros & de Almeida Simões, 2007)

Os indicadores da saúde infantil, apesar de terem tido uma melhoria desde o início dos anos 60, sofreram uma redução dramática desde a revolução de 1974 e estão agora perto das médias europeias. A taxa de mortalidade infantil desceu 5 pontos percentuais entre 1970 e 1990 e decresceu de 10,8/1000 em 1991 para 5,0/1000 em 2001. A evolução indubitavelmente positiva da mortalidade infantil - Portugal está, atualmente, melhor do que a média europeia e melhor do que a de muitos países desenvolvidos - pode em muito estar relacionada com a permanência, durante mais de 30 anos, de políticas bem definidas, de estratégias, de programas e investimentos seletivos e coerentes nas áreas perinatal, materna e infantil, em vez de mudanças políticas descontínuas. Os dados recentes mostram que 68% da mortalidade infantil diz respeito à mortalidade neonatal. O incremento do estado de saúde nacional parece estar associado ao aumento dos recursos financeiros, materiais e humanos nos cuidados de saúde bem como à melhoria geral das condições económicas e sociais (por exemplo, habitação, educação, condições sanitárias, comunicações e transportes). Apesar do aumento geral das condições de vida, existem desigualdades entre as regiões e provavelmente entre classes sociais. Estas disparidades são evidentes na variação de determinados indicadores de saúde, como a taxa de mortalidade e a taxa de mortalidade infantil, bem como nas desigualdades do acesso, como por exemplo, o ratio de habitantes por hospital e o ratio de habitantes por profissionais de saúde.

A taxa de mortalidade infantil em Portugal, como em outros países, caiu significativamente nas últimas décadas, ficando em 3,6 óbitos por 1.000 nados vivos em 2009, inferior à média de 4,4 mortes.

A proporção de fumadores diários entre adultos tem mostrado um declínio acentuado nas últimas três décadas na maioria dos países da OCDE. Portugal está entre os países da

OCDE com as mais baixas taxas de fumadores diários, 18,6% em 2006, significativamente abaixo da média da OCDE de 22,3%. Ao mesmo tempo, as taxas de obesidade têm aumentado nas últimas décadas em todos os países, embora haja diferenças notáveis.

Em Portugal, a taxa de obesidade entre os adultos - com base em autorrelato de peso e altura - foi de 15,4% em 2006, igual à média de outros países da OCDE. Esta taxa continua muito menor do que nos Estados Unidos (27,7% em 2009) e aproximadamente igual a Espanha, mas maior do que na Itália (10%) e em França (11%).

O prenúncio da obesidade crescente aumenta a ocorrência de problemas de saúde (como diabetes e doenças cardiovasculares), bem como a necessidade de cuidados de saúde o que representa mais custos no prazo mais longo. É também de realçar que importantes indicadores como a esperança de vida ao nascer, ou a taxa de mortalidade infantil são consequência do nível de atenção ao recém-nascido e refletem as condições gerais de vida da população, estando correlacionada, entre outras, com as condições habitacionais, abastecimento de água, saneamento e acesso ao sistema de saúde.

A satisfação no trabalho tem sido um fator causador de importantes realizações por parte dos funcionários, melhor desempenho laboral, melhoria da saúde e aumento da expectativa de vida (Spector, 2005).

Pollard interessado na relação exata entre mortalidade e esperança de vida, desenvolveu um conjunto de equações que permitem analisar os efeitos das variações da mortalidade sobre a esperança de vida (1982). A ideia é ajustar o planeamento de políticas preventivas de saúde de forma a melhorar os indicadores. O nível de saúde está diretamente relacionado com o modo de vida adotado.

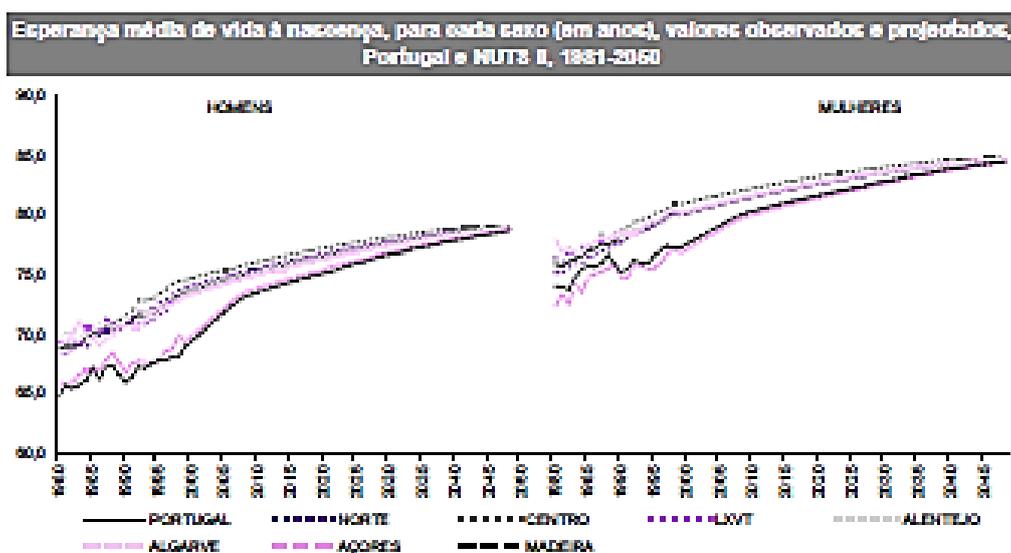
A relação entre a hierarquia socioprofissional e a longevidade encontra-se bem documentada em diversos estudos internacionais (Cockerham, 2008). Se os hábitos e dietas alimentares desempenharam no mundo desenvolvido um papel primordial no aumento da esperança média de vida, a verdade é que o estilo atual de vida não contribui sempre na base de uma correlação positiva com este indicador.

A mortalidade é outra das componentes demográficas que afeta a evolução dos efetivos populacionais, pela sua implicação na composição e estrutura das populações futuras (INE, 2004). Em termos de cálculo, os efetivos populacionais, repartidos por sexo e idade, foram sucessivamente submetidos às respetivas probabilidades de sobrevivência, projetadas com base na evolução prevista da *esperança de vida à nascença* ( $e_0$ ), por NUTS II, sexo e idades.

Relativamente aos valores a adotar para as projeções de população residente desagregadas ao nível de NUTS II, foi analisada a tendência observada na evolução da esperança de vida à nascença de cada sexo e para cada região, no período de 1982 a 2000, mantendo-se como pressuposto o aumento da esperança de vida à nascença, alcançando no horizonte 2050, em Portugal, os 79,0 anos para os homens, e 84,7 anos para as mulheres. Os valores refletem, por um lado, a relação observada e, por outro, a tendência de proximidade face à esperança de vida à nascença adotada para Portugal.

De um modo geral, as maiores disparidades face aos valores nacionais de esperança de vida à nascença, quer para homens, quer para mulheres, encontram-se na região Centro, que registou ao longo de todo o período analisado valores superiores, em ambos os sexos, e nas regiões autónomas, ambas com valores próximos e inferiores aos observados a nível nacional, diferenças que se mantiveram no início do período projetado e se foram atenuando. No Norte verifica-se que, para os homens, os valores da esperança de vida à nascença recuperaram face aos valores nacionais. Partindo de valores inferiores à média nacional no início do período em análise, tornam-se superiores no final do mesmo período e durante toda a década de 90.

Assim, os valores projetados partiram de um nível ligeiramente superior, atenuando-se a diferença ao longo do período. No caso das mulheres, os valores elevaram-se para muito próximo dos nacionais, pelo que se adotaram valores idênticos aos do país. Em Lisboa e Vale do Tejo e no caso dos homens, os anos de observação mais recentes registam uma inversão da tendência, passando a região a apresentar valores inferiores aos nacionais; no caso das mulheres, os valores são quase sempre idênticos aos do país, ainda que ligeiramente superiores. No Alentejo observa-se que os níveis são muito próximos dos nacionais, em ambos os sexos, facto que determinou a aplicação dos valores adotados para Portugal ao longo de todo o período. No Algarve e no caso dos homens, observam-se quase sempre valores ligeiramente inferiores aos de Portugal, ao contrário do que acontece no caso das mulheres. Assim, os níveis projetados convergem para os nacionais no decorrer do período projetado.



Fonte: INE, 2004.

Ilustração 11: Esperança média de vida à nascença, para cada sexo (em anos), valores observados e projetados, Portugal e NUTS II, 1881-2050

Resumindo e projetando a esperança média de vida, as mulheres vivem em média mais 7 anos do que os homens. A esperança média de vida à nascença tem vindo progressivamente a aumentar em Portugal, sendo superior nas mulheres. Em 1975, as mulheres podiam esperar viver, em média, 72 anos, e os homens 65 anos; em 2005, os valores ascendiam a 81 e 75 anos, respetivamente. Prevê-se que, em 2050 haja um ganho na esperança de vida de perto de 4 anos para as mulheres e de 4,5 anos para os homens, atingindo, cerca de 85 e 79 anos, respetivamente.

Tabela 6: Esperança de Vida à nascença (em anos), 1975-2050, Portugal

Género/ano	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2025	2050
Mulheres	72,1	74,8	76,4	77,5	79	79,9	81	83	84,7
Homens	64,7	67,8	69,4	70,6	71,8	72,9	74,5	77	79

Fonte: INE, 2004.

## 2.10 Conclusão

Neste capítulo, através do recurso a pesquisa bibliográfica e análise, procuramos abordar a conceção global de saúde, qualidade de vida e esperança média de vida. Vimos a saúde como um direito fundamental da pessoa humana em todas as sociedades, surgindo

como “um valor social e individual cimeiro, além de constituir um barómetro importante para avaliação do grau de desenvolvimento de uma sociedade (Leandro, 2001).

Procuramos abordar a ligação entre saúde e família, através do recurso a pesquisa bibliográfica e análise. A família possui um sistema de crenças e de práticas sobre a saúde e a doença que lhe permitem integrar tarefas multivariadas no âmbito da promoção da saúde. Fomos à raiz do saudável como fator de integração social, na sequência da *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde* em Alma-Ata, na então União Soviética e da *Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde* em Ottawa (no Canadá). A saúde familiar passou a ser aprendida dentro das famílias, cujas crenças, valores e padrões de comportamento de saúde são formados e passados às gerações futuras.

De seguida olhamos para o efeito da saúde ao nível macroeconómico e verificamos que uma grande parte da riqueza económica de hoje é diretamente atribuível a realizações passadas em saúde, existindo quatro mecanismos principais que podem explicar o efeito da saúde sobre a economia: produtividade do trabalho; oferta de trabalho; poupança, investimento e impacto da saúde sobre a poupança. Abordamos igualmente os custos da doença para a sociedade. Apresentamos posteriormente alguns dados sobre a saúde em Portugal. Verificamos que os gastos totais representam cerca de 10% do PIB, mais do que a média nos países da OCDE. Analisamos também a evolução das políticas públicas de Saúde em Portugal, sobretudo pelo prisma da equidade. A preocupação acerca da temática da qualidade em serviços de saúde tem sido, nos últimos anos, uma prioridade. Assim incidimos na vertente da qualidade de facto que significa a confrontação com padrões e corresponde às expectativas de cada um e na qualidade na perceção referindo-se a correspondência às expectativas do consumidor. Por último definimos qualidade de vida com um olhar mais a lupa para a Europa e para o nosso país, num retrato comparativo que mostra os portugueses insatisfeitos, desconfiados e inseguros. Por fim debruçamo-nos sobre a esperança média de vida.

### CAPÍTULO III – DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Os determinantes sociais de saúde (DSS), conceito de definição profusa, indicam que as condições de vida e trabalho individuais, grupais e em sociedade estão relacionadas com o nível de saúde exibido.

Vários trabalhos apontam a necessidade de abordar as complexas características a nível social, individual e institucional dos DSS para entender melhor o uso de serviços de saúde pública. Como exemplos, citamos (Doval et al., 2008; Albernaz & Victora, 2003; Fernandez, Vasquez, & Martinic, 2010; Bos, 2007; Barata et al., 2007).

Para a OMS os DSS são as circunstâncias de vida ao nível social e de trabalho. Que podem ser intervencionados desde que haja informação (Krieger, 2001). Sendo as circunstâncias sociais onde a vida ocorre (Tarlov, 1996). Podemos também referir Chadwick, (1842), Villermé (1840) e Engels (1845). Pasteur e Koch mudaram o paradigma impondo um cariz bacteriológico, reflectindo-se mais tarde na criação da Universidade *Johns Hopkins*.

Apesar da preponderância do enfoque médico biológico na conceção inicial da saúde houve períodos de forte preponderância de enfoques mais centrados em aspetos biológicos, alternados com determinantes de cariz social e ambiental. A definição inscrita no momento da fundação da OMS revela uma ideia abrangente da saúde. A Conferência de Alma-Ata, na União Soviética em 1978, relevou ainda mais o tema dos determinantes sociais. Na década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como uma circunstância médica individual, a qual posteriormente origina novo foco nos determinantes sociais consubstanciando-se na instalação, no ano de 2005, da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde pela OMS (Buss & Filho, 2007), sendo particularmente incisivo na temática relacionada com o estudo das desigualdades em saúde (Whitehead, 2000).

Esta determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. É através do conhecimento desta complexa teia de ligações, que se pode entender, por exemplo, porque não há uma correlação constante entre o PIB e um ou outro indicador de saúde por exemplo.

Existem diversos modelos em esquema como por exemplo o de Dahlgren e Whitehead (citado por Gunning-Schepers, 1999), com os DSS organizados por camadas, do individual para o conjunto, ou o de Didericksen e outros (citado por Evans, 2001), que dá mais destaque ao contexto social.



Fonte: Gunning-Schepers, 1999.

Ilustração 12: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Whitehead, 2000.

Ilustração 13: Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist

### 3.1 Hábitos Alimentares e Saúde

Os hábitos alimentares relacionam-se bastante com o estado de saúde (Gonçalves, 2006; Morbidity and Mortality Weekly Report, 2010; Greenwood & Stanford, 2008). São várias as doenças provenientes de uma alimentação deficiente, como desnutrição, carências específicas, obesidade, doenças degenerativas, hipertensão arterial, obstipação ou prisão de ventre, doenças devido a bebidas alcoólicas, anemia nutricional, contaminação dos alimentos, riscos de cancro e doenças do aparelho digestivo, sendo importante, desde cedo, criar hábitos

alimentares saudáveis (Fall et al., 2010; Fisk et al., 2010). Existe no mundo ocidental uma espécie de epidemia da obesidade que tem sido atribuída ao crescimento económico, à rápida urbanização e às alterações do estilo de vida subsequentes (Hou et al., 2008). Cada vez se dedica menos tempo à compra de alimentos e à elaboração de refeições, tendo como alternativa, os alimentos processados e fáceis de preparar, que geralmente envolvem um consumo excessivo de energia, de gorduras saturadas, açúcar, colesterol e sal na dieta (Ayechu & Durá, 2010). Quanto maiores as porções de alimentos servidas, mais elevado será o consumo alimentar (Greenwood & Stanford, 2008). Inversamente, o consumo de alimentos de baixa densidade energética, como frutas e hortícolas e uma rotina saudável de tomar pequeno-almoço pode ajudar a manter ou perder peso (*idem*). O facto de não fazer refeições completas, estando sempre a comer ao longo do dia, muitas vezes em movimento e à pressa são práticas comuns e contribuem com uma proporção substancial de calorias (Wardle, 2007), sendo este outro comportamento associado ao excesso de peso, assim como comer à noite e consumir álcool (Greenwood & Stanford, 2008).

Num olhar mais estratificado, vemos que indivíduos de grupos socioeconómicos mais elevados tendem a ter uma ingestão alimentar mais saudável (Marques-Vidal, Bovet, Paccaud, & Chiolero, 2010), pois têm um maior poder económico para comprar os alimentos mais saudáveis que se verificaram ser mais caros que os alimentos que fazem pior à saúde (McLaren, 2007; Wardle, 2007; Raine et al., 2008). Os dados mais recentes do Eurobarómetro da comissão europeia sobre alimentação e saúde, deixam claro que aqueles que estudaram por mais tempo pesam menos que os demais e as pessoas que estão em boa saúde estão mais conscientes dos benefícios de uma dieta variada. Também os mais magros, aqueles que consideram que o seu peso está certo e quem considera que está de boa saúde tem maior propensão a acreditar que uma dieta variada contribui para uma alimentação saudável.

Em termos socioprofissionais, os trabalhadores mais seniores também se destacam pela maior consciência dos benefícios relativos à saúde de comer mais frutas e legumes. Por outro lado, os trabalhadores independentes parecem particularmente convencidos sobre os benefícios de comer mais frutas e legumes.

As pessoas que vivem nas grandes cidades, as mais pesadas e aqueles que pensam que o seu peso é muito alto também são mais propensos a equiparar uma alimentação saudável a comer mais frutas e legumes.

Por género, com o desenvolvimento económico, as mulheres, que até aqui eram essencialmente domésticas, passaram a trabalhar para ajudar nos rendimentos da família. São

as mulheres, apesar de hoje em dia a contribuição masculina ser mais significativa, que continuam a despende muito do seu tempo com tarefas extra-profissionais menos atractivas, nomeadamente as domésticas e o cuidar dos filhos (Ferreira, 2006). Houve uma grande flexibilização dos horários de trabalho, o que provocou uma alteração das horas de refeição em família. As mulheres consideram mais do que os homens que uma dieta saudável passa por comer mais frutas e legumes, revelando um consumo mais frequente deste tipo de alimentos do que os homens (Nahas et al., 2009), assim como mais preocupações para a leitura de rótulos nutricionais (Ha et al., 2010).

Por faixa etária, os hábitos alimentares dos jovens estão fortemente afetados pelo mercado de *fast-food*. A dieta típica de um estudante universitário é rica em gordura e pobre em frutas e hortícolas, com consumo diário de *snacks* e de fritos (Yahia, Achkar, Abdallah, & Rizk, 2008).

Os comportamentos alimentares adotados na infância e na adolescência condicionam o aparecimento da obesidade e de doenças cardiovasculares através da influência em fatores de risco, como por exemplo, a pressão arterial e o colesterol plasmático (Gonçalves, 2006). A qualidade da alimentação disponível no decurso do crescimento e da maturação biológica vai assumir extrema importância para a saúde dos adolescentes e dos adultos que virão a ser (*idem*).

Os adolescentes nos países industrializados são um grupo etário onde se verifica um grande desequilíbrio nutricional em resultado das próprias alterações da idade assim como dos hábitos alimentares pouco adequados (*idem*). O comportamento alimentar do adolescente resulta da ação conjunta de fatores biológicos, ecológicos e de natureza psicossocial e cultural. O facto de um adolescente ambicionar ser independente, querer participar em atividades sociais (sair à noite, ir ao cinema com os amigos), ter um horário mais flexível com pouco tempo livre, vai facilitar que o mesmo tome as suas refeições mais fora de casa, e assim possa saltar refeições e tenha atitudes alimentares incorretas, como comer produtos de cafetarias (*idem*).

Quanto a latitudes, nas últimas décadas ocorreram importantes mudanças socioeconómicas nos países mais desenvolvidos o que inegavelmente afetou os hábitos alimentares. Mais de 95% dos cidadãos da União Europeia está consciente que a obesidade representa um perigo para a saúde, sendo que um em cada cinco europeus fez dieta nos últimos 12 meses, quer por vontade própria, quer por indicação médica, sendo a prevalência de obesidade superior a 25% nos países do Sul da Europa e do Leste (Berghöfer et al., 2008),

assim como nos E.U.A. (NHANES, 2008), num padrão geográfico que pode ser explicado, pelo menos em parte, pelas diferentes condições socioeconómicas, assim como pelo estilo de vida e fatores nutricionais (Berghöfer et al., 2008).

Em Portugal, até aos anos 90, os hábitos alimentares dos portugueses seguiam a conhecida dieta mediterrânica, considerada um protótipo de uma dieta saudável. Porém, a modernização da sociedade tem implicado mudanças sociológicas e culturais que afetam as preferências e os hábitos alimentares, verificando-se que estes hábitos sofreram modificações em resultado da melhoria das capacidades económicas das famílias portuguesas e do progresso económico do nosso país. Os portugueses comem duas vezes mais carne, óleos e gorduras do que o recomendado; têm um défice de consumo de produtos hortícolas de 79% e deviam comer o dobro dos frutos.

O estudo mais recente sobre alimentação em Portugal, publicado pelo INE em 2010 sobre a Balança Alimentar dos Portugueses, indica que 51 por cento da população adulta tem peso a mais. Este estudo compara os hábitos alimentares do novo século com os da década de 90 e conclui que a dieta portuguesa tem-se vindo progressivamente a afastar dos princípios da variedade, equilíbrio e moderação.



Fonte: INE, 2010.

**Ilustração 14: Roda dos alimentos e Balança alimentar portuguesa, 2008**

Constatou-se um crescimento das grandes superfícies comerciais, a inclusão na vida da população do *fast-food*, o aparecimento de novos produtos alimentares vindos da Europa assim como da América, o que provocou uma alteração do tipo de alimentos usados nas casas dos portugueses (INE, 2010).

A atual estrutura de preços dos produtos alimentares em Portugal revela que os alimentos doces e de alto teor em gordura são os de menor custo (*idem*). Os encargos económicos relacionados com a obesidade foram estimados em 3,5% do total das despesas para a saúde (Carmo, 2008).

### 3.2 Exercício Físico e Comportamentos de Socialização e Lazer

Os benefícios para a saúde pela prática regular de exercício físico são resultantes de respostas e adaptações dos sistemas respiratório, cardiovascular e muscular. Há também um impacto positivo em termos psicológicos, visto que dá a sensação de bem-estar e prazer diminuindo a ansiedade e depressão, melhorando o ânimo para realizar outras tarefas menos desafiantes (Vancini et al., 2008).

A prática do exercício físico também afeta outros sistemas, como o imunitário o nervoso e o aparelho digestivo (*idem*). A capacidade cerebral ou mental consiste no desempenho cognitivo dos indivíduos. Foram feitos vários estudos, em adultos, sobre os efeitos positivos do aumento da capacidade cardiorrespiratória sobre a cognição (*idem*). Também nos jovens, verificou-se que a capacidade física, principalmente a cardiorrespiratória, está relacionada positivamente com o desempenho escolar (*idem*).

Um aumento da capacidade cardiorrespiratória provoca melhorias no estado de humor, na autoestima, na ansiedade e na depressão assim como no desempenho escolar das crianças (*idem*). Tal como acontece com os adultos, existem fortes manifestações que a prática de exercício regular beneficia a saúde mental e cerebral das crianças (*idem*). Os benefícios do exercício físico ultrapassam os efeitos tradicionais sobre o sistema cardiovascular, respiratório e muscular.

Segundo Hallal, Bauman & Heath (2012) a inatividade física é um significativo preditor de doença cardiovascular, diabetes, obesidade, alguns tipos de cancro, alguns aspetos da saúde mental e de mortalidade geral, bem como da má qualidade vida. A mais recente análise da comissão europeia, através do Eurobarómetro especial sobre atividade física, incidindo sobre atividades recreativas, de desporto e lazer demonstrou que

poucos europeus praticam desporto ou participam noutras atividades recreativas ou de lazer de forma intensiva. Mais de um em cada três europeus declararam que não realizam nenhuma destas atividades.

Os cidadãos da União Europeia realizam, em média 1,7 dias de atividade física vigorosa, como elevações, aeróbica ou andar de bicicleta rápido. Os homens, os jovens, os trabalhadores manuais e independentes são os mais propensos a realizar atividade física vigorosa. Os cidadãos da União Europeia dedicam em média 1 hora e meia por dia para realizarem este tipo de atividade. De acordo com o mesmo estudo, os cidadãos da União Europeia praticam, em média, atividade física moderada duas vezes por semana. O tempo médio dedicado por treino é um pouco mais de uma hora e meia (94,5 minutos).

Quanto ao sedentarismo, em média, os europeus gastam pouco mais de cinco horas sentados num dia normal. No que respeita à atividade física e qualidade de vida, com o passar do tempo as contribuições da prática de atividade física começaram a ser estudadas com o objetivo de entender como e quais as modificações morfológicas que acontecem no corpo humano com a sua prática regular.

Atualmente a atividade física tem-se destacado na busca da promoção da saúde e de melhorar o estilo em que se vive. Programas como o envelhecimento ativo, estratégias globais sobre dieta, atividade física e saúde, publicados pela OMS, propiciam um novo olhar sobre a educação física enquanto área de atuação (Benedetti, 2004). Existe igualmente uma relação entre qualidade de vida e atividade física em idosos, sendo que os mais ativos têm uma qualidade de vida mais elevada.

Vários estudos mostram que os programas educacionais oferecidos pelas Universidades para a Terceira Idade formam uma rede de apoio social e facilitam o desenvolvimento intelectual sendo também grande parte dos pré-requisitos para o envelhecimento ativo (Mota, Ribeiro, Carvalho, & Matos, 2006).

De acordo com Matsudo (2006) como grande parte das evidências epidemiológicas sustenta um efeito positivo de um estilo de vida ativa e/ou do envolvimento dos indivíduos em programas de atividade física e exercícios na prevenção e minimização dos efeitos do envelhecimento, os cientistas enfatizam cada vez mais a necessidade de que a atividade física seja parte fundamental dos programas mundiais de promoção da saúde.

Através de um projeto longitudinal de envelhecimento e aptidão física, Matsudo enfatiza que as atividades moderadas podem ser realizadas de forma contínua ou intervalada,

sendo que o mais importante é acumular durante o dia pelo menos 30 minutos de atividade física em três sessões de 10 minutos ou duas sessões de 15 minutos (Matsudo, 2006).

A atividade física regular contribui para a prevenção e controlo das doenças crónicas não transmissíveis, especialmente das que se constituem como as principais causas de mortalidade. A atividade física está associada também a uma melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento. As mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo no dia-a-dia do indivíduo são parte fundamental de um envelhecer com saúde e qualidade (*idem*).

### 3.3 Condições Sociais e Económicas

É do conhecimento comum que o nível socioeconómico de uma população tem um impacto decisivo no nível de saúde.

O ambiente socioeconómico, enquanto determinante estrutural da saúde, tem capacidade de condicionar o comportamento em certas condições de vida. Alguns estudos concluem que em áreas de maior coesão e participação social parece haver um maior controlo sobre os comportamentos nocivos à saúde, como o consumo de tabaco e de álcool e, em simultâneo, um incremento dos comportamentos saudáveis, como a prática de exercício físico (OMS, 2008).

Diversos estudos sobre as influências socioeconómicas na saúde nos países desenvolvidos desde o século XIX têm demonstrado que as desigualdades sociais na saúde têm persistido (ou mesmo aumentado), e que a associação inversa entre o estatuto socioeconómico e a mortalidade ou morbidade é geralmente consistente entre os países (Marmot, Kogevinas, & Elston, 1987). De forma a compreender melhor a relação entre as desigualdades socioeconómicas e a saúde, é necessário clarificar o significado de nível socioeconómico.

Estatuto social, posição social, estatuto socioeconómico e nível socioeconómico, pretendem incorporar essencialmente o mesmo conceito, que se define como posição ou ordem relativa de um indivíduo numa hierarquia baseada em atributos sociais e económicos, que se exprimem no acesso diferencial a recursos e comodidades valorizadas (Haug, 1977; Liberatos, Link, & Kelsey, 1988).

A utilização do nível socioeconómico para identificar desigualdades na saúde baseia-se no pressuposto de que os determinantes sociais e económicos operam através de

mecanismos básicos que afetam a saúde e são comuns a todas as doenças. A exposição a condições físicas (condições e mecanismos materiais) ou psicológicas adversas ou benéficas (comportamentos) é considerada como o fator mediador-chave entre o nível socioeconómico e as desigualdades na saúde (Carroll, Smith, & Bennett, 1996; Stronks, Van de Mheen, & Mackenbach, 1998).

A exposição diferencial a estas condições traduz-se em riscos ou benefícios para o indivíduo. Por exemplo, o rendimento influencia diretamente a capacidade individual de aceder a recursos fundamentais como a alimentação, nutrientes de qualidade ou água potável, a cuidados de saúde primários e medicamentos, ou até mesmo a atividades de lazer e recreativas (Mechanic, 1989).

O nível ambiental também influencia o estado de saúde, pelo que um baixo nível socioeconómico está frequentemente associado a condições ambientais que contribuem para sobrecarregar as condições de vida individuais já por si deprimidas, como a sobrepopulação, a violência, o crime, a poluição ou a discriminação social. Quem mais sofre com estes riscos ambientais são as crianças (Pruss-Ustun & Corvalan, 2006).

A doença também pode provocar uma descida adicional do estatuto socioeconómico que, por sua vez, deprime ainda mais o estado de saúde, promovendo uma espiral de desigualdade, desfavorecimento e fatalidade que facilita o caminho para a pobreza extrema, contribuindo assim para o aumento das desigualdades socioeconómicas em saúde (Santana, 2005).

Os indicadores do nível socioeconómico podem ser medidos ao nível do indivíduo e ao nível de determinada área geográfica. Entre os indicadores ao nível de área geográfica mais comuns encontram-se as medidas agregadas, que resultam do agrupamento de informação sobre vários indivíduos numa dada área geográfica, num só indicador, como o rendimento médio dos habitantes de uma determinada freguesia. No entanto, subsistem alguns problemas relacionados com a subestimação dos efeitos socioeconómicos mensurados ao nível de área, devido à frequente heterogeneidade das unidades em análise (Krieger, 2001).

Historicamente, a ocupação profissional tem sido considerada como o indicador mais fiável da posição relativa de um qualquer indivíduo na hierarquia social (Marmot et al, 1987). A atividade profissional fornece informação socioeconómica pois a ocupação serve como base para uma escala salarial, de diferentes níveis de segurança e de estabilidade financeira em profissões distintas, de autoridade e controlo diferente a cada ocupação profissional (Townsend, Davidson, & Whitehead, 1992).

O estatuto profissional é ainda indicativo dos fatores de risco para a saúde concomitantes em determinadas profissões, como por exemplo a exposição a agentes tóxicos ou a riscos para a integridade física (Mechanic, 1989). Um dos problemas com classificações socioeconômicas baseadas na posição relativa da ocupação profissional é a de poder não captar desigualdades em condições de vida e de trabalho ao longo de importantes divisões populacionais. O estatuto ocupacional tenderá a encobrir importantes transformações socioeconômicas e, simultaneamente, os títulos atribuídos a determinadas profissões serão menos comparáveis com o passar do tempo (Adler, 2006).

Dada a relação direta entre a ocupação profissional, o grau de instrução e o rendimento (entendido como salário, vencimento ou remuneração), estes dois últimos indicadores têm sido alternativamente utilizados para construir classificações socioeconômicas. Enquanto o grau de instrução ou educação é considerado como um pré-requisito para exercer uma determinada profissão, o rendimento representa a compensação monetária que é conferida a cada ocupação profissional (Liberatos et al., 1988; Krieger, Williams, & Moss, 1997). Sabe-se que o nível de educação de uma população se relaciona com o estado de saúde.

Segundo EUPHIX (2009), a mortalidade para causas evitáveis nomeadamente de doenças infecciosas, cardiorrespiratórias e de todas as condições evitáveis é superior entre os indivíduos com menor nível educacional. Existe também uma correlação significativa entre a educação dos pais e a saúde dos seus filhos. Este indicador pode dar mais informações no caso de se efetuar uma discriminação segundo níveis de escolaridade. Indivíduos com melhor nível educacional têm uma situação ocupacional mais elevada, melhores condições habitacionais e estilos de vida mais saudáveis (Robert Wood Johnson Foundation Commission To Build a Healthier America, 2009).

Quanto a variáveis a medir, as mais comuns são a idade aquando da desistência dos estudos, o número de anos de escolaridade, o grau de instrução ou simplesmente a literacia/iliteracia. Porr, Drumond & Richeter (2006), descrevem a literacia interativa como um agregado de competências pessoais que, em conjunto com as competências sociais, permitem às pessoas adaptarem-se às atividades quotidianas e às mudanças que ocorrem a cada momento. Neste nível de literacia a preocupação é que as pessoas consigam defender os seus pontos de vista quando interagem com pessoal de saúde, ao mesmo tempo que asseguram a sua capacidade para recolherem a informação necessária e suficiente para lidarem com as suas realidades de saúde.

Algumas das vantagens destes indicadores advêm do facto de poderem ser facilmente aplicados a indivíduos que não fazem parte da população ativa, como os desempregados, e são mais estáveis ao longo da vida adulta do que a ocupação profissional ou o rendimento (Krieger et al., 1997; Liberatos et al., 1988).

Devido a todas estas condicionantes, uma escolaridade ou instrução elevada não conduz forçosamente a remuneração ou posição profissional elevadas. Todavia, este indicador representa o tipo de conhecimentos que os indivíduos adquirem, afetando o seu comportamento, os estilos de vida e o tipo de redes sociais (Geyer & Peter, 2000).

Os bens e a propriedade/riqueza são indicadores que exprimem uma medida dos fundos de reserva económica de um indivíduo ou de uma família, num ponto específico no tempo. Apesar da remuneração e a propriedade/riqueza estarem associados, representam conceitos distintos, sendo um a relativa a um período e outra a um percurso.

A principal limitação para o uso destes indicadores é a falta de registos de propriedade/riqueza (Daly, Duncan, Donough, & Williams, 2002). De acordo com o relatório EQLS (Anderson et al., 2007), a relação entre estado de saúde e rendimento é indesmentível. Nos países analisados, as pessoas de menor quartil de rendimento são mais propensas a ter problemas de saúde (Cockerham, 2008).

As diferenças na esperança de vida à nascença entre grupos socioeconómicos mais elevados e mais baixos podem traduzir-se em dez anos para os homens e seis anos para as mulheres (Comissão das Comunidades Europeias, 2009). Or, Jusot e Yilmaz (2008) referem que o financiamento público pode aumentar a probabilidade dos utentes com menor nível socioeconómico em aceder aos cuidados de saúde, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde.

Num estudo sobre a prestação de cuidados de saúde na Europa e EUA, os pobres são os maiores utilizadores da consulta de clínica geral pois a necessidade de cuidados de saúde concentra-se mais nas classes desfavorecidas (Van Doorslaer, Masseria, & Koolman, 2006). No entanto, os indivíduos de classes socioeconómicas elevadas têm um maior acesso à consulta de especialista e dentista utilizando com menor frequência os serviços de emergência do que os indivíduos de classes socioeconómicas desfavorecidas (EUPHIX, 2009).

### **3.3.1 Impacto da Crise Económica Sobre a Saúde – Contexto Atual**

Segundo o *Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, relativo ao impacto da crise económica sobre a saúde, existe uma vasta e crescente base de

conhecimento sobre os efeitos de uma crise socioeconómica na saúde (2012). Não há apenas efeitos negativos, existem alguns efeitos “protetores”, por exemplo, o facto de existir menos circulação automóvel resulta em menos acidentes e seus consequentes efeitos.

A forma como uma crise socioeconómica afeta a saúde depende essencialmente dos seguintes fatores: situação socioeconómica, de saúde e proteção social à partida; intensidade da crise; oportunidade e qualidade das respostas (Stuckler, 2011; Mladovsky, 2011; McKee, 2011). Uma vez que podemos considerar a situação atual como de crise económica, podemos aflorar um pouco esta questão, verificando os seus efeitos.

Os efeitos da crise socioeconómica, nomeadamente, na saúde mental são bem conhecidos. As principais manifestações são precoces e caracterizam-se por perda de autoestima, depressão-ansiedade e risco de comportamentos suicidas. No desencadear destas manifestações, o desemprego e endividamento têm um papel particularmente importante. Uma crise económica produz impactos detetáveis na saúde física e mental da população através dos efeitos sociais e comportamentais que induz (Catalano, 2009).

Também nos comportamentos de risco, sabe-se que as situações de precariedade económica têm efeitos na diminuição da autoestima, deterioração da saúde mental e na adoção e intensificação de comportamentos de risco (Stuckler, 2011). Talvez por isso a Organização Mundial de Saúde (OMS) tenciona rever a tabela de diagnóstico de doenças mentais como a depressão e a demência, passando a crise a ser reconhecida como causa destas patologias psiquiátricas (Jornal de Notícias, 08/08/2012).

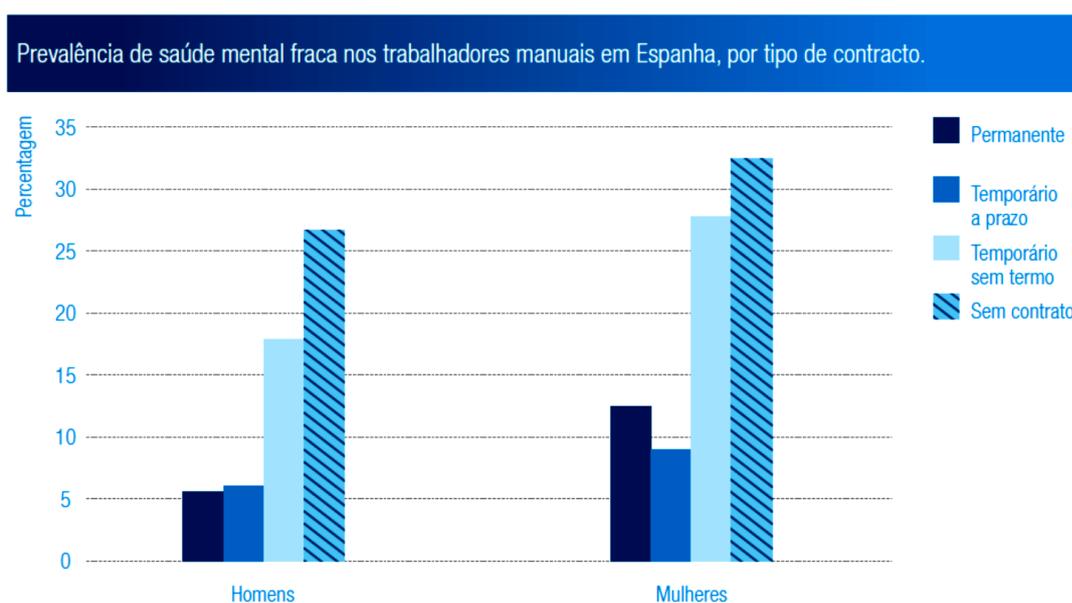
### **3.4 Condições Laborais**

A área do trabalho é onde muitas das influências importantes na saúde se desenrolam (Marmot & Wilkinson, 2006). Sabe-se que, na realidade, as consequências do trabalho no estado psicofisiológico não têm, normalmente, uma expressão imediata e linear e, embora acompanhem todo o ciclo de vida do indivíduo, manifestam-se frequentemente de forma diferida e singular, estabelecendo-se relações diversas e recíprocas com o trabalho que não são vivenciadas da mesma maneira por todos os trabalhadores (Lacomblez, 2000), sendo que as consequências dessas irregularidades no mercado de trabalho podem afetar algo mais que apenas o bolso.

As condições de trabalho exercem um profundo impacto sobre a saúde dos trabalhadores (Muntaner & Benach, 2007). Uma baixa saúde mental e física está associada a

ganhar a vida com um trabalho precário, contratos temporários, baixos salários e escassos benefícios. Também a flexibilidade laboral tem influência sobre a saúde.

Uma força de trabalho flexível é entendida como uma vantagem para a competitividade económica, mas traz consigo efeitos na saúde (*idem*). Os maus resultados de saúde mental são normalmente associados a emprego precário (por exemplo, contratos de trabalho não fixos, emprego sem contrato e trabalho em regime parcial) (Kim, 2006).



Fonte: (CDSS, 2010)

**Ilustração 15: Prevalência de Saúde mental fraca nos trabalhadores manuais em Espanha, por tipo de contrato**

As condições de trabalho também afetam a saúde e a igualdade na saúde. Condições laborais adversas podem expor os indivíduos a uma série de riscos para a sua saúde física e tendem a manifestar-se em profissões de baixo estatuto.

Condições de trabalho melhoradas, em países de rendimento alto, obtidas com esforço ao longo de muitos anos de atuação organizada e regulamentação, estão gritantemente ausentes em numerosos países de rendimento médio e baixo.

O *stress* no trabalho está associado a um risco de aterosclerose coronária 50% superior (Kivimäki, 2006) e existem provas sólidas de que a combinação de elevados níveis de exigência, baixos níveis de controlo e baixa compensação pelo esforço desenvolvido são fatores de risco para problemas de saúde física e mental (Stansfeld & Candy, 2006).

No relatório da Comissão Europeia, *Europa 2020*: foram identificadas as principais tendências dos países europeus em termos de condições de trabalho (Comissão Europeia, 2010).

Assim, o padrão de emprego continua a mudar em toda a Europa, com uma mudança em curso da agricultura e manufatura para os serviços. Mais mulheres ocupam funções de supervisão. A proporção de trabalhadores com contratos temporários tem vindo a aumentar.

Quase um quinto dos trabalhadores europeus tem dificuldade em atingir um nível satisfatório de equilíbrio entre o trabalho e a vida particular. A frequência de cursos de formação paga pelo empregador subiu consideravelmente entre 2005 e 2010. Os trabalhadores sentem menos a sua saúde e segurança em risco por causa do trabalho. A exposição ao fumo do tabaco tem diminuído. A intensidade do trabalho permanece a um nível elevado. Um número substancial de europeus não se sente confiante em ser capaz de permanecer no seu trabalho atual até a idade de 60 anos.

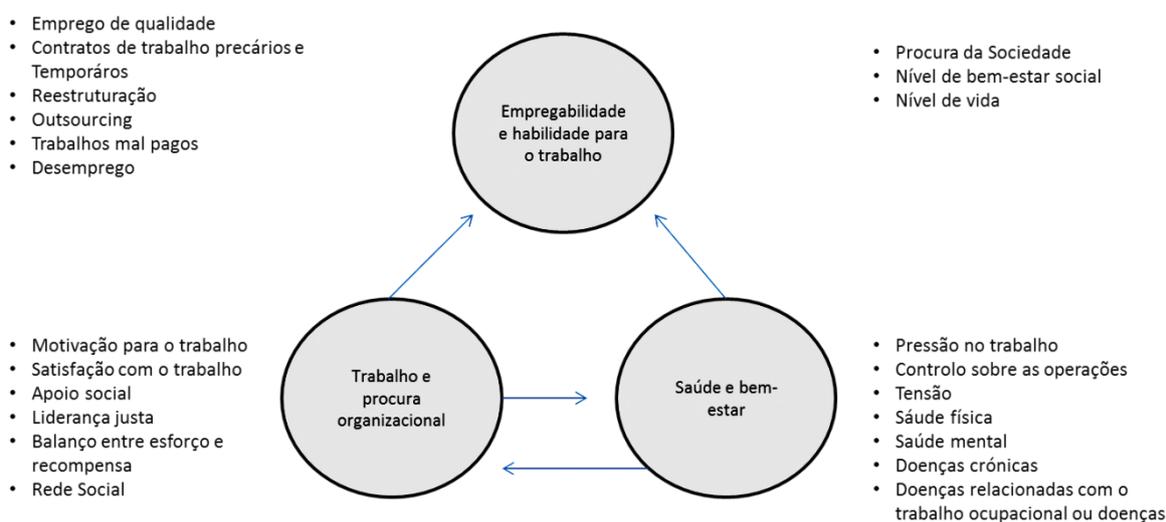
Um equilíbrio entre trabalho e boa qualidade de vida é difícil de alcançar (Anderson et al., 2007). Um elemento-chave no conceito de “melhores empregos” é assegurar que a saúde dos trabalhadores é protegida - a criação de um ótimo ambiente que apoie a saúde e bem-estar previne riscos e protege contra a situação em que os trabalhadores deixam o trabalho por motivos de saúde.

A intensidade de trabalho, por exemplo, trabalhar em alta velocidade ou com prazos apertados tem um forte impacto negativo sobre o bem-estar dos trabalhadores especialmente onde estes têm pouca autonomia ou pouco apoio dos colegas e gestores. A intensidade de trabalho aumentou na maioria dos países europeus ao longo das duas últimas décadas.

No que respeita aos riscos físicos o panorama é semelhante ao de há 20 anos, refletindo a circunstância do trabalho de muitos europeus ainda envolver uma grande componente de esforço físico. Por exemplo, 33% dos trabalhadores transportam cargas pesadas, pelo menos, durante um quarto do seu tempo de trabalho, enquanto 23% estão expostos a vibrações. Quase metade de todos os trabalhadores (46%) permanece em posições dolorosas ou cansativas, pelo menos, um quarto do tempo. Além disso, os movimentos da mão, braço ou repetitivos são uma característica do trabalho para os europeus desde há mais de dez anos atrás.

As condições de trabalho apresentam também outro tipo de perigos. O ambiente envolvente pode ser barulhento, muito quente ou frio, ou conter materiais patogénicos. Em

2010, quase 30% dos trabalhadores na UE-27 foram expostos ao ruído durante pelo menos um quarto do seu tempo de trabalho e 15% respiraram fumo, vapores ou pó, ou lidaram com produtos químicos perigosos. Em 2010, 23% dos trabalhadores nos países da UE-15 foram expostos a baixas temperaturas. Com a legislação antitabágica a ser progressivamente introduzida em toda a União, os trabalhadores estão a ser menos expostos ao fumo de tabaco de outras pessoas. A proporção de trabalhadores na UE-27 que sentem que a sua saúde e segurança está em risco por causa do trabalho tem vindo a diminuir, sendo atualmente de 24%. A proporção de trabalhadores que relatam que estão muito bem ou bem informados sobre a saúde e riscos de segurança relacionados com o desempenho do seu trabalho aumentou, sendo o correspondente a 90% dos trabalhadores em 2010.



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 16: inter-relações entre trabalho, saúde e emprego**

Outro aspeto relaciona-se com a saúde e o exercício físico no trabalho, onde os europeus reportaram muito pouca atividade física vigorosa no trabalho. Uma pequena maioria (51%) dos cidadãos declararam que conseguem algum grau de atividade física no trabalho. A intensidade desta atividade é, no entanto, muitas vezes bastante baixa. As pessoas que vivem na área rural também tendem a ser mais ativas fisicamente no trabalho. As pessoas que consideram que estão com sobrepeso parecem ter um pouco menos de atividade física no trabalho.

### 3.5 Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde

O estado de saúde de um grupo populacional num território é definido não só pelos problemas e necessidades em saúde, mas também pelas respostas sociais a essas adversidades, pelo que ao pretender alterar situações de injustiça social e territorial é necessário identificar as barreiras no acesso à saúde, e seus cuidados, que os grupos mais vulneráveis têm que enfrentar, principalmente os que estão expostos à pobreza, exclusão social ou isolamento geográfico (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

Em Portugal, o acesso aos cuidados de saúde implica a consequente obrigação dos prestadores de cuidados de saúde assegurarem aos utentes os serviços que se dirijam à prevenção, à promoção, ao restabelecimento ou à manutenção da sua saúde, bem como ao diagnóstico, ao tratamento/terapêutica e à sua reabilitação.

O direito constitucional de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde concretiza-se no direito a proteção à saúde e, nesse sentido, assenta no respeito pelos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuitidade tendencial, alargando-se a toda a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde (LBS), pelo que o Estado deverá “garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” (CRP, 1997).

Geógrafos, arquitetos e urbanistas têm como objetivo pensar e ordenar o território para que os serviços e equipamentos tenham impacto positivo, melhorando o dia-a-dia das populações, sendo para tal necessário conhecer bem o espaço que se planeia. Contudo, trabalhar o que já existe, modificar a estrutura já consolidada e conciliar novas propostas é sem dúvida um grande desafio (Araújo, 2003).

Adicionalmente, as decisões (técnicas e políticas) relativas à localização de equipamentos implicam investimentos significativos, tornando-se obrigatório o planeamento estratégico na implementação e a fundamentação na escolha de determinada localização, pelo que é necessário basear decisões em critérios transparentes, bem apoiados em informação fiável e atualizada (Arakaki & Lorena, 2006). De facto, os elementos como a localização geográfica, a alocação dos utentes aos equipamentos e a gestão precisam de estar inter-relacionados uns com os outros de forma ótima, de modo a obter-se uma cadeia de suprimentos competitiva e otimizadora. Por exemplo, Rodrigues et al. referem que tanto o estudo da capacidade instalada, como a análise da acessibilidade são de uma importância

capital, dado que, ao procurar o equilíbrio de mercado entre a oferta e a procura potencial, permitem determinar as áreas carenciadas (2008).

Um dos objetivos prioritários de qualquer sistema de saúde é reduzir as diferenças em matéria de saúde, permitindo a equidade e a organização das infraestruturas dos sistemas de prestação de cuidados, para que haja uma distribuição, de acordo com as necessidades, que seja económica e culturalmente acessível, contemplando os meios necessários para diminuir as diferenças sociais e as injustiças com impacto direto ou indireto sobre a saúde e respetivo acesso (Oliveira & Bevan, 2008). Isto é, as desigualdades no uso de serviços de saúde refletem, para além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza, tanto as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, como as diferenças no comportamento dos indivíduos perante a doença (Travassos, 2000).

De facto, os padrões de utilização dos cuidados de saúde resultantes da interação oferta/procura são determinados e influenciados por fatores que se inter-relacionam (Santana, 1995). Ao nível da oferta, a distribuição geográfica dos equipamentos de saúde é um dos fatores que influencia a sua utilização. A distância entre a localização da procura e da oferta impõe dificuldade adicional na utilização desses serviços, especialmente junto de uma população que padece com condições de vida precárias (Ramalho, 2006).

Adicionalmente, considerando que a prestação de cuidados de saúde é composta por diferentes níveis (serviços básicos - que são de utilização frequente e envolvem menos custos - e serviços complexos - que envolvem maior utilização de tecnologia e menor densidade espacial de procura) e que estão sujeitos a economias de escala, a distribuição da oferta apresenta-se espacialmente diferenciada. Outros fatores são, por exemplo, a disponibilidade de meios para obtenção de cuidados de saúde - tais como unidades de saúde públicas, consultórios privados, farmácias, etc. (*idem*).

A influência de cada um destes fatores varia em função do tipo de serviço (ambulatório, hospitalar, domiciliário, etc.) e da proposta assistencial (cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação). No entanto, todos os serviços necessitam de garantir bom acesso geográfico aos potenciais utilizadores (acessibilidade potencial e revelada), constituindo-se como medida de avaliação de qualidade dos serviços ou motivo de satisfação (Santana, 1995).

A procura de serviços de saúde está diretamente relacionada com a perceção que os indivíduos, e as populações, têm acerca das necessidades e problemas de saúde e a opção/decisão de cada indivíduo ou grupo populacional específico (crianças, mulheres, idosos, homens, diabéticos, e outros) perante a oferta de cuidados de saúde (*idem*). Esta

percepção depende não só de critérios específicos, mas também de fatores como a experiência passada com os serviços de saúde, técnicas oferecidas e sua proximidade e do que se espera dos serviços oferecidos (Ramalho, 2006).

Tendo em conta que o espaço é socialmente construído, a análise do território é uma alternativa metodológica que permite estabelecer uma aproximação entre o contexto onde reside a procura, potencial ou expressa, e a prestação de cuidados de saúde e evidenciar relações entre a saúde e a estrutura social da população (Santana, Nogueira, Santos, & Costa, 2007).

Entender a acessibilidade geográfica a uma Unidade de Saúde é extremamente importante para o planeamento e gestão, pois constitui um aspeto crítico na utilização dos serviços e fundamental para garantir a equidade na saúde (Santana, 2010a). A acessibilidade a um serviço de saúde depende de um conjunto de variáveis, onde a geografia se insere (Santana, 2005). A acessibilidade física ou geográfica está diretamente relacionada com a distância entre dois locais: proveniência e destino. É essa distância que possibilita uma classificação morfológica do espaço geográfico, medida em unidades de comprimento, tempo ou custo (Santana, 1995), consistindo desta forma na distância-tempo ao serviço de saúde mais próximo da residência e à conjugação dos tempos de percurso e das frequências de transporte (Santana, 2010b).

Assim sendo, a acessibilidade depende não somente da localização das oportunidades mas também da facilidade com que se ultrapassam as barreiras entre o indivíduo e o equipamento. As barreiras e as “superfícies” de procura dependem essencialmente da capacidade de vencer essa “distância” (Santana, 2010b). A acessibilidade geográfica é um assunto de suma importância para o planeamento urbano, por ser um instrumento que possibilita identificar áreas com desigualdades na oferta (Santana, 2010b).

Uma questão fundamental para o planeamento e avaliação do sector da saúde é a da distribuição, no espaço geográfico, dos serviços e da sua clientela. Por exemplo, um mapa de fluxos permite visualizar as ligações estabelecidas pela presença de um serviço em determinados pontos do território, destacando regiões de atração. Esse tipo de informação é útil na identificação dos polos de atração, na regionalização do atendimento, na verificação das distâncias percorridas pela população na busca pela assistência e dos volumes envolvidos neste deslocamento, para além de alertar para problemas de acesso, sinalizando áreas com poucas opções e configurando pontos de estrangulamento ou oportunidades de desconcentração e regionalizações alternativas.

São exemplos de indicadores de acessibilidade o rácio de habitantes servidos por equipamento (Santana, 2009), distância ao equipamento mais próximo (Santana, 2010b), área de influência e áreas euclidianas entre equipamentos (Costa, 2009), acessibilidade, em termos de tempo de deslocação utilizando a rede viária (Machado et al., 2007). Santana (2010a) analisou a acessibilidade, em termos de custo necessário para realizar a deslocação – tanto utilizando a rede viária como o território não servido por rede viária, até aos cuidados de saúde primários. Rodrigues, Santana, Santos & Nogueira (2008), por outro lado, foram mais além e determinaram a acessibilidade geográfica aos equipamentos do sistema de saúde utilizando a modelação em rede e modelos de *Location-Allocation* a partir de duas proxys: proximidade e cobertura.

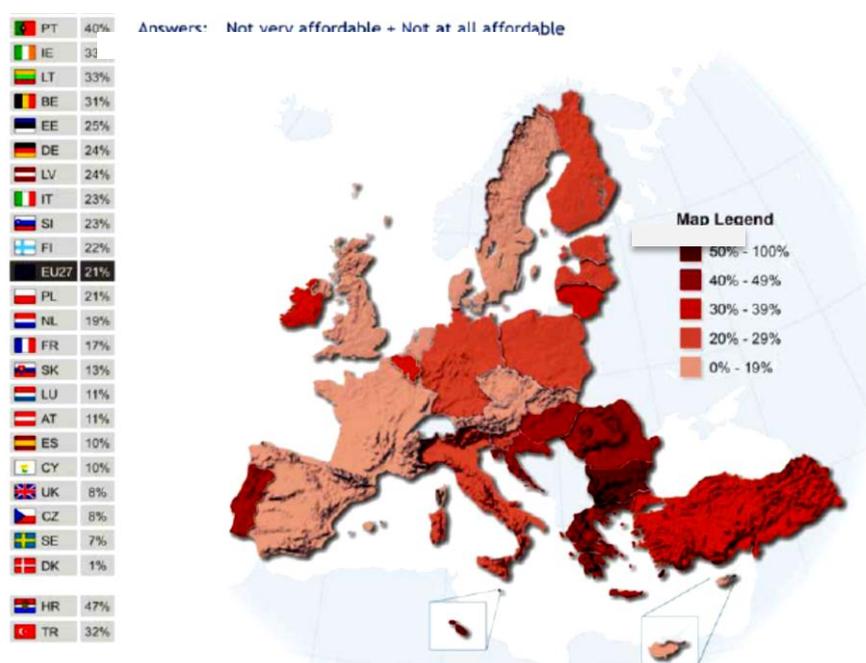
Uma das premissas no planeamento de qualquer equipamento público de carácter local é que este seja acessível à população; o conhecimento da acessibilidade geográfica em transporte público ou individual vai permitir a realização de um planeamento mais adequado, de forma a haver um equilíbrio entre a oferta e a procura (Sousa, 2004). Nesse sentido, a acessibilidade geográfica, quer em transporte público como individual, é um dos dados de entrada mais importantes no planeamento de um novo equipamento de saúde, nomeadamente se tiver por base uma rede viária ou ferroviária que permita modelar a facilidade/dificuldade em atravessar o espaço. Esta está associada e justificada pela necessidade de cumprir princípios de equidade e justiça social para todos os cidadãos no acesso aos cuidados de saúde. Este tema tem sido alvo de atenção na Europa.

Segundo o Eurobarómetro da UE, para cada item referente ao acesso aos serviços de saúde, as pessoas relataram 20% com um pouco de dificuldade com a distância, 27% com atrasos, 30% com tempos de espera e 20% com custos (Comissão Europeia, 2009). Os formuladores de políticas estão muito preocupados com as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde, especialmente se o baixo rendimento é uma barreira. Na prática, as pessoas no quartil de rendimento mais baixo relataram sempre maior dificuldade no acesso a cuidados médicos do que aqueles no quartil mais elevado.

Não surpreendentemente, as pessoas que relatam ter uma saúde mais precária têm mais problemas com a excessiva distância de assistência médica: na UE-27, por exemplo, 18% dos entrevistados que consideraram a sua saúde como “má” reportaram como “muito longa” a distância encontrada na última ocasião em que precisaram de ver um médico ou um especialista em comparação com 3% das pessoas que reportaram “boa” saúde. Os europeus tendem a ter opiniões favoráveis sobre a disponibilidade e acessibilidade

dos hospitais. No entanto, para uma minoria significativa de cidadãos, a disponibilidade e acessibilidade encontrada é reportada como “bastante” (17%) ou mesmo “muito difícil” (4%).

A opinião das pessoas sobre a disponibilidade e acessibilidade dos hospitais não são influenciadas pelas suas características sociodemográficas. No geral, a grande maioria dos europeus acha que os serviços hospitalares estão a preços acessíveis. O serviços são gratuitos para um cidadão em cada cinco (20%), 15% acham os serviços hospitalares muito acessíveis e 40% considera os preços comportáveis. Quanto maior a escolaridade, mais inclinadas as pessoas estão a sentir que os serviços hospitalares no seu país são acessíveis.



Fonte: Comissão Europeia, 2009

**Ilustração 17: Custos de acesso aos serviços de saúde, por país, UE27**

Também em Portugal, este é um tema prioritário. O relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, apesar de conter algumas apreciações positivas a alguns aspetos das políticas de saúde, alertava para dificuldades no acesso da população aos cuidados de saúde, referindo que “não se atende suficientemente às dificuldades e necessidades crescentes de uma população em empobrecimento” (2012).

Tal como no *Estudo sobre a Saúde em Portugal*, que também continha algumas preocupações com os efeitos das taxas moderadoras, com as consequências de um risco de "racionamentos implícito" nos serviços públicos de saúde que inibam a “prestação de cuidados de saúde necessários” e também afirmava que "existem claros sinais relativos à

diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes, associada ao seu empobrecimento” (Cegedim, 2012).

Os indicadores que sucessivamente vão sendo conhecidos mostram um abaixamento significativo das consultas e de tratamentos providenciados devido às dificuldades económicas de muitas pessoas, conjugadas com o aumento dos custos dos serviços e das taxas moderadoras. Como forma de tentarmos compreender melhor a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde, em Portugal, recentemente, analisámos os dados constantes nos “*tableau de bord*”, respeitantes ao movimento assistencial das ARS e dos Hospitais, relativos ao primeiro trimestre do corrente ano, em comparação com idêntico período de 2011 e disponíveis no portal da ACSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012).

Como indicadores de acesso aos cuidados de saúde escolhemos um conjunto de variáveis sistematicamente avaliadas pela ACSS, nas ARS e nos Hospitais. Relativamente às ARS constatámos que há uma redução do “número de utilizadores” e da “taxa global de utilização” em todas as ARS. As “consultas médicas realizadas (exclui Serviço de Atendimento Permanente - SAP), e as “consultas médicas presenciais” diminuíram em todas as ARS, excluindo a ARS Norte, sendo que em alguns casos a redução parece ser considerável.

Assim destacamos os sinais que indiciam uma alteração na tendência de redução dos tempos de espera cirúrgicos; uma diminuição do número de utilizadores e das taxas de utilização das consultas médicas em todas as ARS; sinais de redução do número de consultas médicas em diversas ARS; Diminuição da percentagem de utentes com PNV atualizada aos 13 anos; Alguns sinais que indiciam redução do número de cirurgias, do número de sessões em hospital de dia e de urgências em diversos hospitais; Evidência de redução acentuada do número de pessoas com mais de 65 anos com isenção de taxas moderadoras e de acréscimo da receita arrecadada por esta via.

Também sobre este domínio e segundo um estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2012), um terço dos portugueses percorre 45 minutos para obter tratamentos de radioterapia. Assim, aponta o organismo, e sobre os domínios da acessibilidade, “a RRH [Rede de Referência Hospitalar] de oncologia, que venha a ser implementada deverá atender não só à capacidade de resposta e aos recursos disponíveis existentes no SNS, mas igualmente, ainda que a título complementar, à capacidade do setor privado já instalada”. No atual contexto económico, financeiro e social revela-se essencial que qualquer resposta às necessidades dos

utentes não esqueça a capacidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a já instalada capacidade de resposta do setor privado”, diz a ERS.

### 3.6 Prevenção e Educação para a Saúde

A *prevenção e educação para a saúde* corresponde ao planeamento e ao executar de ações com o objetivo de evitar que a doença ocorra, assim como melhorar aspetos deficitários de carência por parte de determinados grupos da sociedade, como práticas inadequadas de higiene, ou importância de cuidados básicos para prevenção e controle de epidemias (Candeias, 1997).

O conceito de saúde entendido como resultado do estilo de vida, condições biológicas e acesso aos bens e serviços, diretamente relacionado aos determinantes de saúde de uma comunidade, transcende as conceções que tendem a reduzir os problemas sanitários ao âmbito das doenças e dos serviços de saúde hospitalares, destacando-se os aspetos da promoção e prevenção.

Existem pelo menos dois aspetos diferenciadores da prevenção em relação ao tratamento (Sassi & Hurst, 2008). Um é o fato da prevenção não se destinar a modificar o curso de uma doença existente. O outro é o alvo de prevenção serem os indivíduos saudáveis, ou pelo menos, aqueles onde ainda não se declararam manifestações da doença.

A educação para o desenvolvimento de melhores hábitos de vida tem fundamental importância para prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares e crónicas como a hipertensão, diabetes ou obesidade (Alves, & Nunes, 2006). Tem sido demonstrado que a existência de maus hábitos alimentares e do sedentarismo podem elevar a probabilidade do desenvolvimento de sobrepeso e/ou obesidade (Berthoud, & Morrison, 2008; Bjorntorp, 1997; Blundell, & King, 1999; Butte, & Kenneth, 2003; Cuevas, Alvarez, & Olivos, 2009) que, por sua vez, são fatores de risco de doenças crónicas, tais como hipertensão arterial e doenças cardiovasculares (Cho et al., 2002; Colle, & Brusaferrro, 2008; Hall, Brands, Hildebrandt, Kuo, & Fitzgerald, 2000; Misra, & Vikram, 2003; Ribeiro et al., 2003), síndrome metabólica (Cuevas et al., 2009; Dallman et al., 2007; Guimaraes, Moura de Almeida, & Guimaraes, 2008; Hu, Lakka, Lakka, & Tuomilehto, 2006; Ogden, Yanovski, Carroll, & Flegal, 2007; Rosmond, 2005) e diabetes (Adeghate, Schattner, & Dunn, 2006; Brindley, & Rolland, 1989; Hu et al., 2004; Moran & Phillip, 2003; Schwartz, & Chadha, 2008).

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), o cuidado com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, tem constituído um importante desafio aos sistemas de saúde (Alves, & Nunes, 2006). Segundo a OMS (2008), 80% das mortes prematuras causadas por essas doenças podem ser evitadas por meio de mudanças no estilo de vida, como por exemplo a prática de atividade física regular (Blumenthal, 2000) dieta equilibrada (Dickinson, Keogh, & Clifton, 2009; Hu et al., 2006); e abandono do tabagismo.

### **3.7 Condições Habitacionais**

O acesso a abrigo e habitação de qualidade, a água limpa e condições sanitárias são direitos humanos e necessidades básicas para uma vida saudável (CDSS, 2010). A acessibilidade, adequação e qualidade do alojamento são as maiores preocupações para a maioria dos cidadãos europeus.

A integração efetiva na sociedade e emprego está dependente de ter a necessidade básica de abrigo encontrada, sendo que ter uma boa casa é importante para a vida familiar e relacionamentos sociais.

A recente crise económica global sublinhou a importância da moradia na vida das pessoas e os riscos envolvidos na procura de alojamento seguro. Uma habitação decente ocupa geralmente uma posição elevada na lista de prioridades para uma boa qualidade de vida (Alber, & Fahey, 2004).

O significado de moradia adequada é reconhecido na UE e foi sublinhada como um pré-requisito para a inclusão social e integração no emprego (European Commission, 2007a). Segundo o conceito de habitação saudável, a residência é considerada como um agente da saúde dos seus moradores e relaciona-se com o território geográfico e social onde se insere, os materiais usados para sua construção, a segurança e qualidade dos elementos combinados, o processo construtivo, a composição espacial, a qualidade dos acabamentos, o contexto global (como comunicações, energia, vizinhança) e a educação em saúde e ambiente dos seus moradores sobre estilos e condições de vida saudável.

Alguns aspetos da habitação têm impacto direto sobre a saúde, como sejam a estrutura da habitação ou as condições internas, como humidade, frio e calor. O ambiente interno, que se refere à qualidade de ar no interior da habitação, pode ser contaminado a partir de um número de diferentes fontes, principalmente de materiais de construção, efeitos colaterais de aquecimento e ambientais.

Em habitações localizadas em estradas movimentadas e cruzamentos, contaminantes do ar exterior a partir do motor de escape do veículo podem poluir o interior entrando através das janelas ou sistemas de ar condicionado. Contaminantes do trabalho e resíduos podem ser transportados dentro do calçado, podendo influenciar o desenvolvimento de doenças, através da inalação ou ingestão.

A humidade nas habitações pode ser causada pela localização da casa, defeitos estruturais na construção ou manutenção e comportamento dos ocupantes, como não arejar a casa, abrindo as janelas ou usando o extrator durante o banho e quando se cozinha. Os danos causados pela humidade estão claramente relacionados com doenças respiratórias em adultos e crianças. A temperatura do ambiente interno também afeta a saúde dos ocupantes. A OMS recomenda que dentro de casa a temperatura deve ser inferior a 18° e 20° para os muito velhos e os mais novos.

Diferenças sazonais nas temperaturas têm um impacto maior sobre a mortalidade evitável no inverno nos países temperados do que em países mais frios, onde as casas são termicamente mais cuidadas. Existem também efeitos indiretos como os relacionados com a posse da habitação, incluindo impactos e efeitos riqueza no bairro, que são também vistos como cada vez mais importantes.

As condições de moradia podem contribuir para o aparecimento das doenças crónicas em algumas populações (Rosenberg, & Wilson, 2001). Por exemplo, as taxas de asma são maiores entre crianças que vivem em comunidades de baixo rendimento (Mannino et al., 2002; Moorman et al., 2007) e existem evidências suficientes que ligam alterações específicas de condições físicas de habitação a resultados de saúde específicos, como o envenenamento por chumbo, exposições de residências ao chumbo (Jacobs, & Nevin, 2006), diabetes em áreas urbanas (Schoutman et al., 2007), ou propensão a ter problemas de infestação de pragas (Julien et al., 2008).

Outros equipamentos existem cujos efeitos são difíceis de medir, pois são em certa medida contraditórios. Por exemplo a instalação de ar condicionado e de um melhor isolamento térmico persegue um objetivo de controlar a temperatura interior, tendo como resultado potencial reduzir alguns problemas de saúde, como a asma e sintomas respiratórios (Howden-Chapman et al., 2007; Leech, Raizenne, & Gusdorf, 2004).

Contudo, também podem ter efeitos perniciosos, proporcionando outras ameaças para a saúde. A título de exemplo, o risco de um acidente provocado por monóxido de carbono a partir de um fogão a gás ou forno pode aumentar numa casa bem selada. Um elemento de

adequação da habitação é o volume de espaço disponível para as pessoas que vivem no alojamento, e um indicador é o número de quartos na propriedade.

O espaço onde se vive também aumenta com a idade, provavelmente associado com o tamanho da família, que vem caindo nos últimos anos devido à existência de muitos idosos que vivem sós.

Outra questão prende-se com a aglomeração, que é calculada como o número de pessoas que vivem em família por número de quartos disponíveis na casa.

A superlotação pode afetar os resultados de saúde através de um número de diferentes mecanismos: as famílias superlotadas são muitas vezes as famílias com poucos recursos económicos podendo haver também um efeito direto sobre a saúde através da facilitação da propagação de doenças inoficiosas (Steelfisher, Bekheit, & Lubell, 2010). Outro aspeto central é a construção da habitação, muitas vezes de dimensão inadequada.

É frequente encontrarmos famílias de baixo rendimento, onde a aquisição de combustível para aquecimento é um problema. É geralmente o pobre que tem que pagar mais para se manter aquecido em relação ao rendimento, mas nota-se que são também menos capazes de melhorar a eficiência energética das suas habitações.

O excesso de ruído em casas superlotadas ou vindo da vizinhança, assim como o barulho provocado pelo tráfego são causas habituais de interrupção do sono, que podem levar à incapacidade de concentração e irritabilidade.

As casas podem também ter uma série de perigos potenciais no interior (como escadas e tapetes soltos) e externas (como passeios). Os incêndios são uma das principais causas de mortalidade, particularmente entre as pessoas mais pobres.

A habitação tem um efeito moderadamente forte sobre a saúde mental dos ocupantes, especialmente sobre as mulheres que, através dos seus papéis na criação dos filhos, passam, em média, mais tempo em casa do que os homens.

Alguns projetos de habitação, como construção em altura, muitas vezes causam dificuldades insuperáveis para os mais idosos e mulheres que carregam simultaneamente compras e crianças pequenas, além de que torna mais difícil para os pais a supervisão dos seus filhos quando brincam na rua.

As características sociais e físicas da área circundante das casas são também importantes para manter a boa saúde dos ocupantes. Em análises multinível (Chang et al., 2006), através de medidas baseadas na área e usando geocodificação, têm demonstrado que o bairro tem um impacto pequeno, mas significativo na mortalidade geral e prematura.

Os aspetos dos bairros que foram identificados como tendo um impacto sobre a saúde são aqueles que apresentam (ou não) equipamentos como: parques e instalações desportivas ou situações menos civilizadas como a presença de graffiti, lixo acumulado, carros abandonados ou janelas quebradas. A acessibilidade da habitação tem claras implicações para a saúde.

A escassez de habitação acessível limita a escolha das famílias e dos indivíduos sobre o local onde vivem, muitas vezes relegando famílias de baixo rendimento para moradias em zonas precárias, superlotadas e para bairros com maiores índices de pobreza e menos recursos como parques, ciclovias, centros de recreação e atividades.<sup>1</sup>

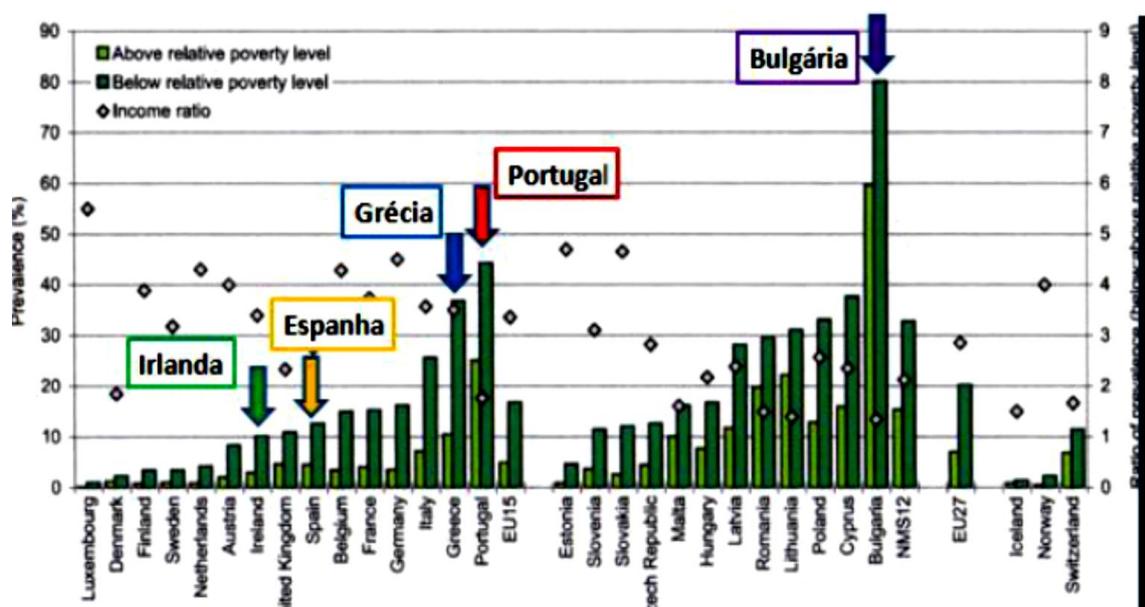
Segundo o relatório da OMS para a Europa sobre desigualdades ambientais e de saúde está comprovado que a capacidade de manter as casas aquecidas (ou de arrefecê-las) varia substancialmente de país para país, e está relacionada com o nível socioeconómico das pessoas (OMS, 2012).

No início deste ano observou-se em Portugal, assim como noutros países europeus um aumento da taxa de mortalidade entre as pessoas mais idosas.

A Eurosurveillance publicou uma primeira comunicação sobre este tema em que embora não tenha sido estabelecida nenhuma relação entre a crise económica e este excesso de mortalidade de inverno, ressaltou que não foram estudadas as diferenças socioeconómicas dos padrões da mortalidade (2012). É importante realçar que o estudo também revela que somente em Espanha e Portugal se observou um excesso de mortalidade significativa para o grupo etário dos 15 aos 64 anos.

---

<sup>1</sup> Uma habitação é normalmente considerada "acessível" quando uma família gasta menos de 30 por cento de sua renda para alugar ou comprar uma residência.



Fonte: Environmental health inequalities in Europe, WHO2012

Ilustração 18: Incapacidade em manter as casas quentes - Prevalência em função do nível de pobreza

Na maioria dos países da UE-27 possuir casa própria, sem hipoteca, é mais comum nas zonas rurais que nas áreas urbanas: 53% dos que vivem em áreas rurais são donos das suas habitações contra 41% das pessoas em áreas urbanas. O mercado com habitações a troco de renda mensal é mais comum em áreas urbanas, representando um terço dos moradores urbanos contra menos de um em cada cinco pessoas que habita em zonas rurais da UE-27.

### 3.8 Conclusão

Abordamos os DSS ao longo deste capítulo. Vimos que estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, quer através do modelo de Dahlgren e Whitehead, quer do modelo de Diderichsen e Hallqvist, e de outros mais recentes, procurando definir os impactos dos determinantes da saúde referidos na literatura quanto aos *Hábitos Alimentares e Saúde, Exercício Físico e Comportamentos de Socialização e Lazer, Condições Sociais e Económicas, Condições Laborais, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Prevenção e Educação para a Saúde, Condições Habitacionais*.

Procuramos assim definir teoricamente e aprofundadamente as dimensões de base do nosso modelo.

De seguida abordaremos as suas inter-relações.

## **CAPÍTULO IV – INTER-RELAÇÕES ENTRE OS DETERMINANTES**

Neste capítulo verificaremos as relações cruzadas entre os determinantes, uma vez que as dimensões da saúde e da vida não se apresentam como estanques. Há evidência de manifestação dos determinantes de forma diversa. Existem também vários determinantes que têm interação entre si.

### **4.1 Relação entre Condições Habitacionais, Socioeconômicas e Acessibilidade**

É evidente a interação entre estes determinantes. Começamos pela acessibilidade da habitação, que tem claras implicações para a saúde. Uma habitação é normalmente considerada “acessível” quando uma família gasta menos de 30 por cento do seu rendimento para alugar ou comprar uma residência.

No que respeita a necessidades especiais, a acessibilidade é uma condição básica para a inclusão social dessas pessoas ou que sejam portadoras de deficiência. Mesmo para os idosos, este aspeto é bastante importante. Por acessibilidade entende-se não apenas permitir que pessoas com deficiências ou mobilidade reduzida participem em atividades que incluem o uso de produtos, serviços e informação, mas a inclusão e extensão do uso destes por todas as parcelas presentes numa determinada população.

Na arquitetura e no urbanismo a acessibilidade tem sido uma preocupação constante. Ao projetar os espaços, os arquitetos devem pensar em todas as condições de acessibilidade, tendo especial atenção aos problemas de utilização de equipamentos por parte das pessoas que usam cadeiras de rodas.

### **4.2 Alimentação em Contexto Laboral**

Existem evidências históricas de que a alimentação no local de trabalho é, há muito, uma preocupação das populações. Recentes estudos demonstram a associação da satisfação no trabalho com uma melhor qualidade de vida, menos *stress* e menor prevalência de algumas doenças, como a síndrome de Burnout (Schmidt, 2008). Chamon (2006) defende a inclusão do estado nutricional como um fator a influenciar a qualidade de vida, pois o sobrepeso e a

obesidade estão relacionados com a diminuição de capacidade para esforços físicos e com a fadiga no desempenho de tarefas, além de um sentimento geral de frustração com impacto no bem-estar psicológico e sobre a motivação do indivíduo.

A situação profissional mostrou relações interessantes com a obesidade, nomeadamente ao nível dos estilos de vida.

A prevalência de obesidade apresenta valores preocupantes em todas as idades e está a aumentar no Mundo a um ritmo alarmante, afetando tanto os países desenvolvidos como os países em desenvolvimento, particularmente em áreas urbanas (OMS, 2006; Amaral, Pereira, & Escoval, 2007).

O excesso de peso e a obesidade são importantes fatores de risco para uma série de doenças crónicas, como doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes ou cancro. Os adultos gastam cerca de 1/3 do seu dia no trabalho e a atividade profissional pode ser um fator de risco para a obesidade devido à sua associação com fatores socioeconómicos e comportamentais, tais como a ausência de atividade física (sedentarismo) e a alimentação (Allman-Farinell, Chey, Merom, & Bauman, 2010).

A relação entre os horários, as horas de trabalho excessivas e o estado de saúde têm sido objeto de muitas pesquisas há várias décadas, assim como o facto de se trabalhar em turnos ou em escalas fixas e mesmo a natureza das exigências do trabalho (Ko, et al., 2007; Patel R. *et al.*, 2008; Milia & Mummery, 2009; Magee, Caputi, & Iverson, 2011). Portanto, os fatores acima mencionados são fatores de risco para a obesidade (Magee et al., 2011).

As associações entre as horas de trabalho, atividade física e o IMC podem ser diferentes dependendo do tipo de ocupação profissional. Curiosamente existem diferenças no género, indicando uma associação entre horas de trabalho excessivas e obesidade no sexo masculino, mas não no sexo feminino (Ko, et al., 2007; Magee, et al., 2011).

As pessoas cujo trabalho implica andar de carro apresentam uma maior prevalência de obesidade, devido a um estilo de vida profissional mais sedentário (Allman-Farinell et al., 2010). Num estudo realizado a motoristas de camiões sobre os horários de trabalho irregulares, concluiu-se que 28% dos condutores eram obesos (Milia & Mummery, 2009).

O padrão de pré-obesidade e obesidade entre as ocupações profissionais parece diferir por género (Allman-Farinell et al., 2010). Os alimentos disponíveis no ambiente de trabalho podem contribuir para o consumo energético diário (*idem*). A alimentação é um processo dinâmico e voluntário, que é influenciado por fatores internos e externos ao indivíduo, sejam fatores socioeconómicos, psicológicos, culturais ou geográficos. As horas de trabalho

excessivas dificultam o sono e aumentam o nível de *stress*. Existem evidências que indicam uma diferença salarial entre indivíduos obesos e normais (sobretudo nas mulheres).

A promoção da saúde nos locais de trabalho deve ser apoiada devido à sua eficácia na adoção, por parte dos trabalhadores, de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis que os transpõem para a vida familiar e social. Influenciar o comportamento alimentar requer ações de natureza multifatorial: educação alimentar, intervenções ambientais e modificação de fatores laborais. Estima-se que os trabalhadores passem mais de metade do seu tempo útil a laborar.

A promoção da saúde no local de trabalho poderá modificar os estilos de vida e de risco numa população, promovendo o desenvolvimento e crescimento da atividade económica das empresas e do País.

Ao contrário de outros países, em Portugal, a alimentação no local de trabalho constitui uma área pouco desenvolvida e as empresas estão pouco sensibilizadas para a importância desta questão. Quando falamos de saúde no local de trabalho, geralmente estabelece-se uma associação com as consultas de medicina do trabalho.

No entanto, segurança e saúde no trabalho não implicam apenas evitar a exposição dos trabalhadores aos riscos e perigos existentes no posto laboral e protegê-los contra os mesmos, passa também pela adoção de uma atitude proactiva na promoção de estilos de vida saudáveis.

A utilização do local de trabalho como uma plataforma de sensibilização pode ajudar os trabalhadores, servindo ainda como veículo de transmissão da mensagem às suas famílias e comunidade. A promoção da saúde nos locais de trabalho permite abranger grande parte da população ativa, encorajando a adoção de hábitos saudáveis o que proporciona a repetição desses comportamentos fora do local de trabalho, transpondo-os para a vida familiar.

Os trabalhadores passam cerca de 60% do dia e aproximadamente 5 dias, ou mais, por semana, no seu emprego, podendo este ser um local de educação e de promoção de um estilo de vida saudável. As condições de trabalho, horário, salário, *stress*, alimentos disponibilizados, infraestruturas, são também fortes condicionantes que podem limitar ou apoiar o indivíduo na modificação de comportamentos. As ações de promoção de hábitos alimentares saudáveis devem concentrar-se em reduzir barreiras (limitações económicas, temporais, entre outras) que limitam a disponibilidade ou a escolha alimentar, como por exemplo: aumentar opções alimentares saudáveis tornando-as mais acessíveis, tanto física como economicamente; ou limitar a oferta de alimentos menos saudáveis.

As ações de educação alimentar permitem que o trabalhador efetue escolhas informadas. Os locais de trabalho acolhem muitas vezes indivíduos com o mesmo nível de formação e que apresentam as mesmas preocupações com a saúde. Consistem em pequenas comunidades, que contam geralmente com a sua rede social e com infraestruturas para a disseminação da informação ou mensagens.

Existem evidências científicas que comprovam que a venda de determinados alimentos aumenta quando estes são promovidos através de intervenções de educação alimentar. Os indivíduos que trabalham em conjunto partilham informação, podendo assim aprender através destes canais informais. Os colegas podem ainda providenciar apoio e motivação mútua à medida que aprendem, experimentam e adotam novos comportamentos saudáveis.

Além da educação alimentar e práticas que promovam uma alimentação saudável, é necessário melhorar as condições de trabalho, designadamente os salários e rendimentos dos trabalhadores, o horário de trabalho e as instalações destinadas ao consumo de refeições. O local de trabalho deve apresentar aprovisionamento de refeições adequado, fornecimento de melhores alimentos e iniciativas de educação alimentar.

Já relativamente à subnutrição, a deficiência de macro e micronutrientes traduz-se em alterações na produtividade dos trabalhadores e na maior incidência dos acidentes de trabalho, sobretudo através do aumento da fadiga e da diminuição dos níveis de atenção.

Os trabalhadores não podem garantir uma alimentação adequada com baixos rendimentos e salários. O empregador necessita de garantir que a alimentação adequada do trabalhador se encontra assegurada. Algumas das estratégias adotadas pelas empresas incluem a atribuição de um subsídio de refeição, a entrega de vales de refeição ou a redução de preços de alimentos saudáveis, o que constitui uma verdade para a máquina também o é para o Homem: os humanos necessitam de energia para “trabalhar”.

Contudo, a ingestão energética deve estar de acordo com o tipo de atividade laboral realizada. O consumo excessivo de álcool pode produzir efeitos negativos ao nível do absentismo, da produtividade e da relação com utentes dos serviços e colegas de trabalho. Por outro lado, o consumo excessivo de álcool pode afetar a capacidade de reação e de coordenação motora, bem como a capacidade de decisão, o discernimento e o comportamento, pode aumentar o risco de ocorrência de acidentes.

Embora os grandes consumidores de bebidas alcoólicas apresentem uma maior predisposição para os acidentes de trabalho, os consumidores moderados, ao representarem

uma maior percentagem da população, apresentam uma maior taxa de acidentes. Este facto constitui um paradoxo na saúde ocupacional e segurança dos profissionais.

Nalgumas profissões os colegas bebem para aliviar o *stress* e criar laços sociais. Os trabalhadores com atividades profissionais com riscos físicos ou de segurança inerentes à sua execução apresentam maior consumo de bebidas alcoólicas. O balanço energético equilibrado é o resultado entre a energia ingerida e a despendida.

Ao abordar o tema da alimentação no local de trabalho é essencial a inclusão da prática de atividade física, sobretudo devido ao aumento crescente do trabalho sedentário. Assim, os programas de promoção da prática de atividade física são também vitais para a promoção da saúde e para o aumento da eficácia dos mesmos.

A promoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física são tão importantes para a saúde e segurança no local de trabalho, como as ações que protegem contra os riscos e perigos existentes no mesmo (químicos, poeiras, barulho, etc.). É assim possível prevenir os problemas de saúde, aumentar o bem-estar e a moral dos trabalhadores, bem como a produtividade e competitividade das empresas.

### **4.3 Relação entre Condições Habitacionais, Socioeconómicas e Comportamentos de Socialização e Lazer**

Estes três fatores encontram-se frequentemente relacionados. Podemos até designar o seu conjunto por “Situação Familiar e Habitacional”. Na agenda social da saúde, está incluída a promoção de ambientes favoráveis à mesma, dada pelos indivíduos, pelos estilos e condutas de vida, baseados em valores culturais e contextos físicos dos espaços em que habitam e que são determinantes dos níveis de desenvolvimento. Nesses espaços está incluída a habitação enquanto refúgio físico no qual reside o indivíduo e a sua família; sendo caracterizado pelo ambiente físico e psíquico, imediatamente exterior à casa; comunidade e grupo de indivíduos identificados como vizinhos pelos moradores (Cohen, 2004).

Entende-se por moradia adequada o abrigo que permita a privacidade do habitante, o uso de espaços adequados para realização de atividades, repouso e lazer, acessibilidade para deficientes e idosos; que possua iluminação, aquecimento e ventilação adequada e que tenha estabilidade estrutural, segurança adequada, qualidade ambiental e infraestruturas básicas adequadas, fornecimento de água, serviços sanitários e serviços de recolha de lixo.

Para além disso deve proporcionar o fácil acesso ao trabalho, escola e serviços de saúde, preço acessível e adequado, facilidade na propriedade da terra e/ou imóvel são variáveis importantíssimas no provimento de habitação (Antonucci, 2010).

Para Cohen (2006), projetos de “habitação saudável” estão também relacionados com a criação de áreas de convívio para a realização de atividades culturais e de lazer e a observância do contexto físico-geográfico, socio ambiental e cultural.

Conforme Peruzzo (2008), não é correto definir habitação apenas como uma estrutura física. Para ser uma habitação é essencial que esteja localizada próxima de escolas, de postos de trabalho, de lazer. Em muitos casos, a moradia é abandonada porque as deslocações para o trabalho e para as áreas de comércio se tornam economicamente inviáveis. Medvedovski (2010) também disserta sobre a necessidade de otimização do uso do solo urbano propondo a criação de espaços de uso e gestão comuns, com fins de congregação, lazer e atendimento às condições de conforto, bem como a partilha de estruturas técnicas de suporte das atividades da moradia.

A habitação constitui uma das necessidades primárias que as famílias procuram satisfazer. O direito à habitação encontra-se igualmente previsto na Constituição da República Portuguesa (CRP, 1997), no art.º 65, n.º 1 “todos têm direito, para si e para a sua família, a uma habitação de dimensão adequada, em condições de higiene e conforto”.

As políticas públicas de habitação mudaram substancialmente como resposta às mudanças económicas, sociais, demográficas e urbanas, bem como face às transformações das expectativas e dos desejos dos sujeitos.

No contexto europeu, embora os objetivos básicos de uma política de habitação se mantenham – uma habitação digna para cada família a preços compatíveis com os seus rendimentos – os meios para a concretizar mudaram significativamente (Guerra, 2008).

A primazia da propriedade habitacional foi facilitada com o acesso ao crédito, contribuindo para que, em 2004, 78% do endividamento global das famílias, em Portugal, fosse referente à habitação, de acordo com os dados do Banco de Portugal (CES, 2008).

A habitação costuma ser o maior investimento que as famílias fazem ao longo da vida e que requer um maior esforço financeiro. Gunnarsson & Wahlund (1997) concluíram que existe uma relação entre as estratégias financeiras das famílias e o seu ciclo de vida, no entanto, a inclusão de mais variáveis tornariam os resultados mais fidedignos. Assim, os fatores que mais influenciam a poupança e o endividamento são: o número de anos de vida, estado civil, a existência de crianças e a posse de habitação.

A título de exemplo, a investigação aferiu que a maioria dos jovens e famílias reformadas praticam estratégias residuais de poupança. Também nos estratos mais baixos, a habitação de interesse social tende a estar localizada em áreas onde a oferta de serviços e tipos de comércio, proporcionais ao poder aquisitivo dos moradores, tende a ser deficiente, o que vem reforçar a necessidade de provisão de equipamentos de lazer, pequeno comércio e serviços em conjunto com a provisão de unidades habitacionais para a população de baixo rendimento (Gambim, 2007). Independentemente do número de crianças nos diversos locais é importante que essa faixa etária não seja tolhida nas suas atividades de lazer e recreio, tão importantes para o seu bem-estar e desenvolvimento sadio (Cooper-Marcus, & Sarkissian, 1996).

Em relação aos equipamentos de lazer, serviços e comércio, é sugerido promover o conjunto com pequeno comércio, serviços e áreas de recreação e lazer, conforme a existência e a adequação dos mesmos no contexto urbano considerado.

#### **4.4 Motivação para a Prevenção - Relação entre Hábitos Alimentares, Prevenção e Educação para a Saúde**

Existe uma relação entre hábitos alimentares, prevenção e educação para a saúde. Podemos chamar de “Motivação para a Prevenção”.

O adágio “somos o que comemos” traduz bem o facto de ser um elemento definidor das condições físicas do ser humano (Nunes, & Breda, 2001).

Para além disso, deve tentar responsabilizá-los pela sua própria saúde e prepará-los para que, ao sair da escola e ao incorporar-se na comunidade, adotem um regime, e um estilo de vida o mais saudável possível (Carvalho, 2002).

Quanto aos grupos de risco e atitudes preventivas, o melhor e o mais eficaz tratamento para combater a obesidade e outros distúrbios alimentares é a prevenção.

Tem que se promover a realização de atividades físicas e desportivas agradáveis envolvendo os amigos, os colegas e os familiares dos jovens (Patrick et al., 2001). Fomentando o humor, a perceção de *stress*, a autoestima, o autoconceito, a hostilidade e o funcionamento intelectual evitando a ansiedade e o abuso de substâncias, a atividade física poderia contribuir para a prevenção ou tratamento destas problemáticas (Amaral, & Nunes, 1981; Sallis, & Owen, 1999).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm impacto não só na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos afetados e das suas famílias, mas também na estrutura socioeconômica de um país. Surgem em indivíduos cada vez mais jovens, afetando a população ativa. Existem evidências científicas que relacionam a sua prevenção com a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática adequada de atividade física.

#### **4.5 Atuação Perante a Saúde – Relação entre Acesso e Utilização dos Serviços e Prevenção e Educação para a Saúde**

Existe uma relação entre estes determinantes que podemos classificar de “Atuação perante a saúde”. O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue vitalidade.

Quando se pensa na elaboração de uma nova política baseada na qualidade de vida o conceito de capacidade funcional assume importância basilar, isto é, a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma.

A maioria das doenças crônicas tem o seu principal fator de risco na própria idade. Apesar de os principais conceitos de prevenção da saúde já estarem assimilados pelos profissionais da área, percebe-se muita dificuldade na operacionalização.

Apesar da presença do discurso da prevenção, a maioria dos serviços são curativos e tradicionais, argumentando ser difícil mensurar a efetividade para tais programas do ponto de vista financeiro.

No campo da saúde coletiva, a informação epidemiológica deve ser valorizada pela sua capacidade em prever eventos e possibilitar o diagnóstico precoce, especialmente em relação às doenças crônicas, e assim retardar o aparecimento desses agravos e melhorar a qualidade de vida e abordagem terapêutica (Veras, & Caldas, 2004).

A monitorização das condições de saúde de uma dada população, assim como dos fatores associados a essas condições, é um instrumento-chave para orientar estratégias de prevenção, que devem ter os seguintes objetivos: interferir favoravelmente na história natural da doença; antecipar o surgimento de complicações; prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas; aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado e construir uma base de dados sobre os doentes crônicos.

O modelo clássico de prevenção sistematizado no livro *Medicina Preventiva*, de Leavell & Clark (1976) valoriza três tipos de prevenção – primária, secundária e terciária. Os autores referidos preconizavam dois níveis para a prevenção primária e dois níveis para a prevenção secundária (Veras, Caldas, Araújo, & Mendes, 2008).

Quanto aos determinantes da utilização da assistência médico-hospitalar relacionados com a oferta, são fatores que influenciam a disponibilidade, a acessibilidade, a quantidade, qualidade e o financiamento dos serviços oferecidos (Sassi, & Béria, 2001).

Segundo Castro (2004), a influência da necessidade, sobre o uso de serviços de saúde, depende da forma como esses se encontram organizados, em diferentes sistemas de saúde. De forma geral, essa oferta é definida pelo modelo de financiamento, gestão e regulação adotado em cada sistema de saúde. Sendo assim, cada tipo de cobertura pode definir padrões específicos de uso do cuidado com saúde. Existe uma correlação positiva entre cobertura de plano de saúde e utilização dos serviços de saúde.

Vários estudos indicam que pessoas que possuem plano de saúde têm tanto maior probabilidade como maior frequência de uso de serviços de saúde. Nos Estados Unidos, as crianças e adultos de baixo rendimento com cobertura de plano de saúde têm maiores riscos de utilização dos serviços médicos e hospitalares, em relação aos que não têm cobertura (Hadley, & Holahan, 2004).

As pessoas com plano também exibem maior frequência de uso de serviços ambulatoriais, com número médio de consultas médicas mais elevado (Blumberg, 1980; Aday, & Andersen, 1981). Em Espanha, as mulheres com seguro de saúde privado têm uma maior probabilidade de utilização de serviços preventivos, como por exemplo na prevenção de cancro de colo de útero (Sassi, & Béria, 2001).

No caso dos seguros privados, esse tipo de prática pode ser adotada pelos governos ou reguladores, como instrumento para elevar o acesso de indivíduos de alto risco, melhorando a eficiência e a equidade no mercado de planos de saúde. Para isso, podem ser estabelecidos subsídios entre consumidores de planos de saúde, em que indivíduos de baixo risco ajudam a financiar a assistência médica dos indivíduos de alto risco (Van de Ven, 2000).

A equidade no acesso é inferida valendo-se da presença de fatores individuais capacitantes na explicação do uso de serviços de saúde. Este autor aponta também que a avaliação do acesso deve ser feita separadamente, segundo os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospital e ambulatório) e tipos de problemas de saúde

(atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso.

O comportamento dos indivíduos em relação à saúde depende do facto de se considerarem suscetíveis a um determinado problema de saúde, se acreditam na gravidade das consequências deste problema e se acreditam que as ações de saúde disponíveis lhes podem trazer benefícios.

O balanço entre benefícios e barreiras percebidas em relação à ação a ser adotada é descrito como uma análise inconsciente do custo-benefício em que os indivíduos pesam os ganhos da ação contra a percepção de que a mesma pode ser custosa, perigosa, desagradável ou inconveniente (Rosenstock, 1990).

Dos modelos de explicação da utilização de serviços de saúde existentes, o proposto por Andersen & Newman tem sido um dos mais usados tanto nos estudos de utilização, como nos estudos de acesso (1973). Neste modelo, o uso de serviços é dependente de determinantes individuais agrupados nos fatores de predisposição, capacitantes e necessidades de saúde.

Na sua evolução, passa a explicar a utilização como produto não exclusivo dos determinantes individuais, mas sim como fruto dos fatores individuais, do sistema de saúde e do contexto social, da interação entre esses fatores e da experiência passada de utilização dos serviços.

#### **4.6 Relação entre Condições Habitacionais e Hábitos Alimentares**

Recentemente tem sido dada muita importância entre os investigadores de saúde pública devido ao alto relacionamento entre o ambiente habitacional, os hábitos alimentares e a sua relação com a saúde. Galster (2008) ou Malizia (2006) têm ligado a habitação e a obesidade, com incidência nas oportunidades (ou ausências de) para o exercício, andar mais e conduzir menos para a escola ou trabalho ou fazer compras em centros comerciais. Temos assim pesquisas incidindo em variáveis como o local de residência, os recursos, o uso da televisão, acessibilidade, uso da terra, opções de transporte, possibilidade de expansão ou nível de privação (Booth, Pinkston, & Poston, 2005). Como relação evidente, temos por exemplo o aumento do uso de ar condicionado e de aquecimento central que também podem estar a contribuir para os níveis de obesidade, porque o corpo gasta menos energia em faixas de temperatura associadas a configurações de clima controlado (Keith et al., 2006).

## 4.7 Conclusão

Neste capítulo verificamos as relações cruzadas entre os determinantes, uma vez que sendo dimensões da saúde e da vida não se apresentam como estanques. Verificamos as condições habitacionais e a sua relação com as condições socioeconômicas e acessibilidade. De seguida a situação profissional, e inter-relação com a frequência alimentar e obesidade. Posteriormente foi a vez da relação entre condições laborais e hábitos alimentares.

Prosseguimos analisando a situação familiar e habitacional definida como a relação entre condições habitacionais, socioeconômicas e comportamentos de socialização e lazer. Terminamos com a “Motivação para a prevenção”, correspondente a hábitos Alimentares, prevenção e educação para a saúde e atuação perante a saúde.

Daqui inferimos os vários tipos de determinantes e a existência de relação entre eles podendo manifestar-se de forma diversa.

## CAPÍTULO V – METODOLOGIA

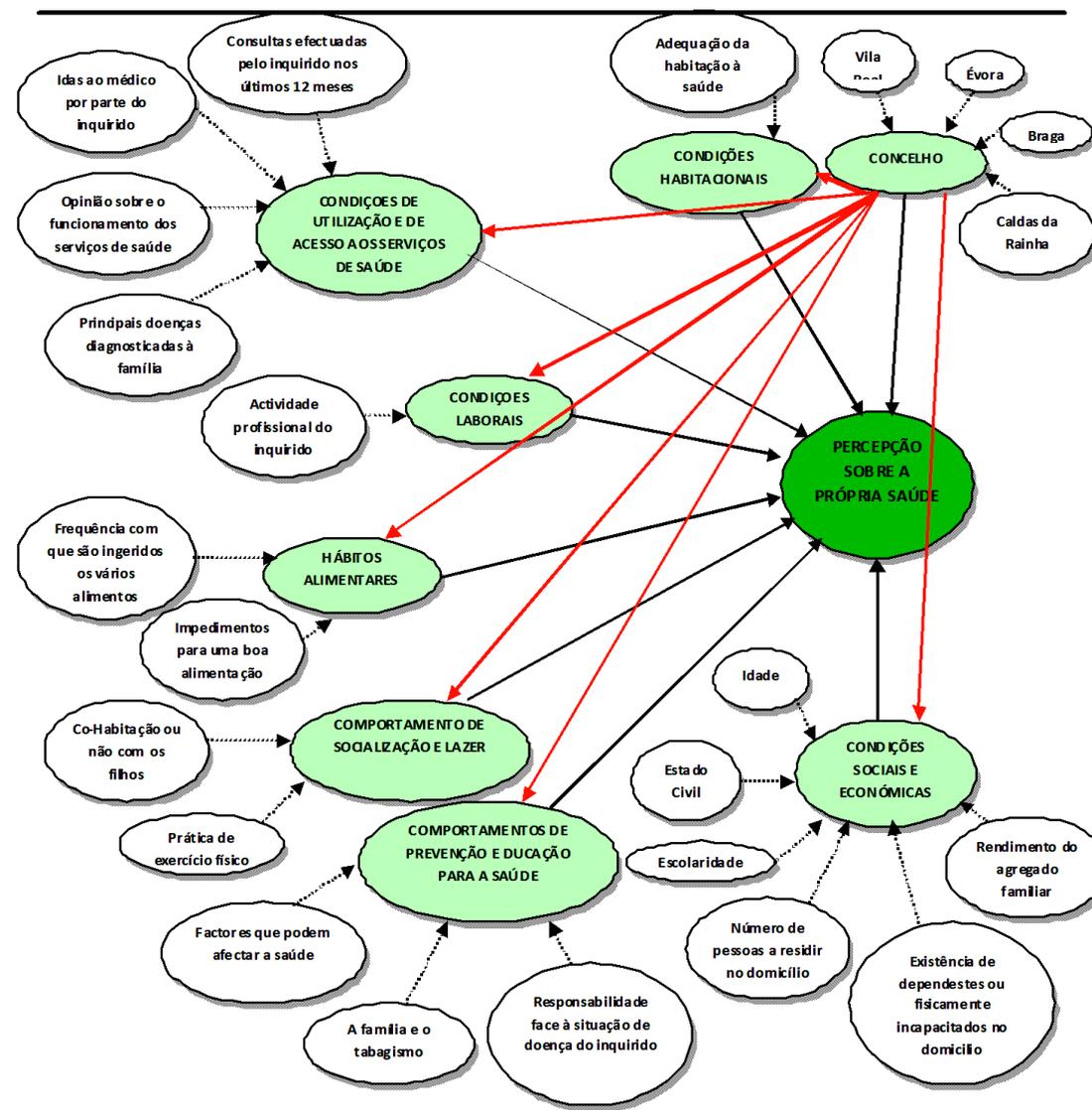
A partir da revisão exaustiva da literatura apresentada no capítulo anterior, onde foram apresentados os conceitos e modelo para o estudo da gestão de saúde familiar e o seu contributo para a qualidade de vida, pretende-se, neste capítulo, apresentar, em primeiro lugar, os objetivos, questões e hipóteses de investigação e, em segundo, a metodologia que permite recolher a informação necessária para dar resposta aos objetivos propostos.

Assim, na primeira parte deste capítulo serão apresentados os objetivos e formuladas as questões e hipóteses que serão objeto desta investigação. Na segunda parte, designada de questionário e amostra, descreveremos o modo de criação do inquérito e sua implementação, o processo de obtenção da amostra e também a sua caracterização.

De seguida, a partir das dimensões teóricas e do estudo de base, juntamente com as suas interações como vimos no capítulo IV, encontraremos dimensões ajustadas. A partir daqui daremos resposta a algumas das questões levantadas nesta investigação.

### 5.1 Estudo de Base

Tal como referimos nos capítulos iniciais, este estudo tem como ponto de partida um trabalho anterior denominado: *O contributo (in)visível, gestão familiar dos cuidados de saúde e suas vertentes*. Desse trabalho resultou o estudo de base intitulado *Das Dimensões da Vida às (Des)igualdades Sociais Perante a Saúde: Quatro Concelhos Portugueses em Análise*, (Nogueira, & Leandro, 2010). Neste estudo, as autoras, não perdendo de vista as dimensões do questionário e as respetivas variáveis que as compõem e juntando-lhes as dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde. As autoras construíram um modelo de análise tendo por base todas as variáveis e fatores, extraídos através da análise fatorial que, ao longo do estudo, se foram mostrando estatisticamente significativas. Utilizamos este modelo como base para a construção do questionário e para algumas análises comparativas.



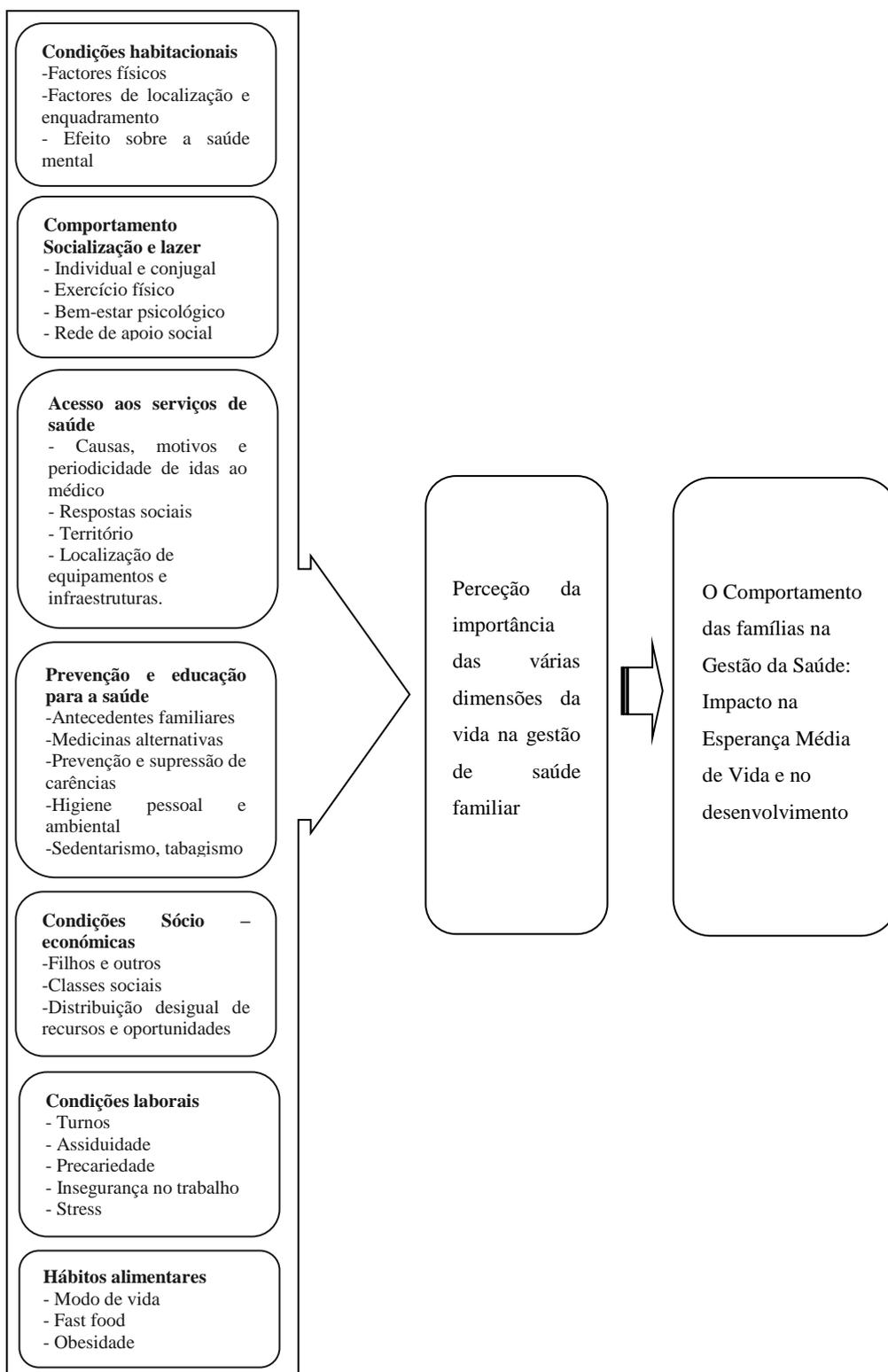
Fonte: Nogueira e Leandro, 2009

Ilustração 19: Modelo Conceptual proposto

## 5.2 Modelo de Investigação

Elaboramos o nosso modelo de investigação tendo em atenção as principais dimensões e indicadores que contribuem de forma direta ou indireta para a percepção da qualidade de vida, fazendo a conexão ao desenvolvimento através da esperança média de vida, pois constitui uma vertente base e mensurável do Índice de Desenvolvimento Humano.

Na ilustração 20, encontra-se o modelo e de seguida as respetivas hipóteses a serem desenvolvidas neste estudo. Serão também tidas em conta as inter-relações entre os determinantes, como verificado no capítulo IV.



Fonte: Elaboração Própria

Ilustração 20: modelo de investigação

### 5.3 Hipóteses

Definido o modelo e revisitando os objetivos e as questões colocadas no primeiro capítulo são construídas as hipóteses.

É certo que nas últimas décadas aconteceram importantes mudanças económicas e sociais nos países desenvolvidos e também nas suas regiões. Ao estender a investigação a um âmbito nacional, é de esperar que as dimensões encontradas também se encontrem presentes.

Assim:

- H1: As dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde e que se verificaram nos 4 Concelhos em análise no estudo de base manifestam-se também numa análise a nível de Portugal Continental.
- H2: As dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde têm alguma relação entre si. Existem relações cruzadas entre os determinantes que se manifestam em Portugal continental.
- H3: As condições manifestam-se de forma igual independentemente do Distrito ou região.

Quanto a perceção que a boa saúde está relacionada com os determinantes, colocamos hipóteses que se seguem:

- H4: A perceção de boa saúde depende do aspeto da vida considerado mais importante e de outros aspetos como a idade, estado civil, atividade profissional, escolaridade, condições de habitação, número de residentes, hábitos tabágicos, ter filhos a residir ou ir ao médico com frequência.
- H5: Numa amostra a nível nacional existe a perceção que a atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde.

Uma ideia central é que o aumento da esperança média se deve à melhoria dos DSS. Assumimos a sua linearidade e elaboramos as seguintes hipóteses:

- H6: Há uma ligação clara entre as várias dimensões e a esperança média de vida. Existem condições mais determinantes do que outras sendo possível a construção de uma regressão linear.

Procuraremos também um fator geral possível de extrair desses determinantes. Desta forma:

H7: Existe um fator geral oriundo das características destes mesmos determinantes.

## 5.4 Questionário e a Amostra

Tomando por base o estudo referido anteriormente, adaptamos para o nosso caso as questões que se haviam revelado significativas e juntamos outras de forma a serem possíveis as análises comparativas e evolutivas entre um estudo e outro, tendo elaborado um questionário próprio.

O método de recolha dos dados para o estudo foi o inquérito por questionário autoadministrado, utilizando um *software* de administração (<http://www.inquerito2012.blogspot.pt/>).

A definição do questionário como método de recolha de dados resulta da necessidade que as pessoas sejam diretamente questionadas através de um conjunto de questões uniformizadas.

Como todos os métodos, este tem vantagens e inconvenientes. Como desvantagens destacamos o processo de elaboração e teste de itens que por vezes se torna muito moroso; a muito alta taxa de não-respostas; a dificuldade que por vezes existe em interpretar as respostas; não saber se as respostas são verdadeiras ou influenciadas pelas expectativas do inquiridor. Não conseguir ajudar no esclarecimento de questões.

Como vantagens associadas à sua aplicação tem as seguintes: permitir descrever mais facilmente as características da população; ser uma ferramenta estandardizada, tornando por isso possível a elaboração de afirmações descritivas refinadas relativamente à população; ser flexível, na medida em que permite contemplar uma grande variedade de questões sobre determinado tema, dando assim também maior flexibilidade de análise (Babbie, 1999).

A opção pela inquirição baseada na *web* deve-se ao fato da popularidade recente desta técnica, por ser uma forma fácil e rápida de obtenção de dados (Ilieva, Baron, & Healey, 2002). Não foi, no entanto, a única forma de recolha, pois recorreremos também ao inquérito presencial. Este processo passou pelas distintas fases de elaboração, conceção e configuração do questionário online e a sua administração. De seguida, serão explicadas em pormenor, cada uma das três fases.

## 5.5 Elaboração do Questionário

O instrumento de pesquisa foi elaborado tendo como objetivo cobrir todas as dimensões presentes no modelo proposto, fornecer alguma informação adicional relevante para o estudo e, ao mesmo tempo, gerar uma boa taxa de resposta. A lista inicial de potenciais variáveis e os seus itens correspondentes foram compilados após uma extensa revisão de literatura e, como referido atrás, relacionado com o estudo de base. Procuramos também reduzir um pouco a dimensão de forma a obter mais respostas e aumentar a eficiência eliminando eventuais questões redundantes.

### 5.5.1 Sobre as Condições Habitacionais das Famílias Inquiridas

No que respeita às condições habitacionais, no estudo de base, estiveram em análise sete variáveis, mostrando-se, no entanto, apenas uma estatisticamente significativa (Adequação da habitação à saúde). Assim, incluímos neste âmbito as seguintes questões:

- Quantas pessoas residem no domicílio não contando consigo?
- Considera a sua habitação adequada a uma boa saúde?
- Número de divisões do seu alojamento.

### 5.5.2 Sobre as Condições de Utilização e Acesso aos Serviços De Saúde

A segunda dimensão da vida em análise diz respeito às condições de utilização e acesso aos serviços de saúde. No estudo de base, do conjunto de questões que compõem esta dimensão apenas três se mostraram estatisticamente significativas. Da análise do estudo de base e da literatura disponível, incluímos no nosso questionário:

- Vai ao médico só quando está doente?
- Ao longo dos últimos 12 meses foi a alguma consulta? Qual foi o motivo?
- Para toda a doença grave é indispensável ter, pelo menos, uma 2ª opinião de outro(s) médico (s).
- É indispensável seguir rigorosamente o que o médico prescreve.
- Sem o progresso da ciência, nós não teríamos uma qualidade de vida tão elevada como a que temos.

- É importante proteger o ambiente, visando assegurar também às gerações vindouras boa qualidade de vida.
- É melhor aproveitar o momento presente, porque nunca se sabe o que nos reserva o amanhã.
- "Chá e caldos de galinha nunca fizeram mal a ninguém".
- A incapacidade de resposta dos centros de saúde conduz a um maior recurso às urgências hospitalares.
- Nos consultórios privados, os médicos são mais atenciosos.
- O sistema de saúde privado responde mais rapidamente às necessidades da população do que os hospitais.
- O preço das consultas privadas impede-me de recorrer a esses serviços.
- É muito importante ter um médico de família que nos segue toda a vida e conhece os nossos problemas.
- O hospital permite fazer todos os exames necessários e tal não acontece no centro de saúde.
- Prefiro ir ao centro de saúde porque tenho lá o meu médico que me conhece e sabe quais os meus problemas.
- Os centros de saúde são mais frequentados por pessoas com menores recursos económicos.

### 5.5.3 Sobre as Condições Laborais

Nesta dimensão estiveram em análise no estudo base 18 variáveis, sendo que apenas uma se mostrou estatisticamente significativa: a questão sobre se o inquirido exerce alguma atividade profissional. Assim, incluímos no inquérito:

- As condições de trabalho.
- Exerce alguma atividade profissional?
- Trabalha no seu domicílio?
- Considera que a sua atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde?

- Trabalha por turnos?
- Costuma fazer horas extraordinárias?
- É beneficiária(o) da segurança social ou outro regime similar?
- Nos últimos 12 meses, faltou ao seu trabalho por motivo de saúde?
- Nos últimos 12 meses, faltou ao trabalho para cuidar de um familiar doente?

#### **5.5.4 Sobre os Comportamentos de Socialização e Lazer**

Na dimensão “Comportamentos de Socialização e Lazer” estiveram em análise no estudo de base sete variáveis, tendo-se revelado estatisticamente significativas, para as famílias em análise, apenas duas: “Pratica alguma atividade física?” e “Tem filhos que residam consigo?”. Incluímos no inquérito:

- Pratica alguma atividade física?
- É casada(o) e/ou vive com o seu cônjuge / companheiro?
- O seu marido (esposa) / cônjuge/ companheiro(a) exerce alguma atividade profissional?
- Tem filhos que residam consigo?

#### **5.5.5 Sobre os Hábitos Alimentares**

Nesta dimensão estiveram em análise no estudo de base duas questões tendo-se mostrado ambas estatisticamente significativas na ótica dos nossos inquiridos. No entanto, dado o elevado número de indicadores em cada uma delas procederam no estudo de base à análise fatorial por forma a reduzir e sistematizar a informação. Devido a essa redução, incluímos no nosso estudo:

- De maneira geral, com que frequência consome com os seus familiares os seguintes produtos?
- Pratos pré-cozinhados.
- Sumos refrigerantes.
- Alimentos açucarados.

- Legumes Secos (feijão, grão...).
- Fruta.
- Carne.
- Peixe.
- Legumes Frescos.
- Água.
- Produtos lácteos.
- Produtos microbióticos.
- Produtos exclusivamente vegetarianos.
- Pão.
- Fritos.

Há diversos impedimentos para uma alimentação sadia. Na lista que lhe propomos indique-os:

- A falta de tempo.
- O tipo de alimentos habitualmente disponíveis.
- O preço dos alimentos.
- As necessidades decorrentes de doenças de alguns membros da família.
- Os gostos.
- A falta de vontade.
- Os hábitos e a rotina.

#### **5.5.6 Sobre os Comportamentos de Prevenção e Educação para a Saúde**

Nesta dimensão estiveram presentes no estudo de base 17 questões tendo-se mostrado estatisticamente significativas apenas três. Da análise fatorial e da questão “Fuma ou há na sua família alguém que fume regularmente?” que foi tratado de forma isolada, construímos o nosso grupo neste inquérito, da seguinte forma:

- Nos últimos 5 anos, a sua saúde e a dos seus familiares foi afetada por algum dos seguintes aspetos?
- Os ritmos de vida quotidiana?
- O *stress* relacionado com a doença de familiares?
- As condições de trabalho?
- Quando um membro do seu agregado familiar fica doente, quais das seguintes ações efetua?
- Recorre aos conselhos de outras pessoas?
- Recorre à farmácia caseira, utilizando também os medicamentos que o médico receitou em situações anteriores?
- Aconselha-se com o farmacêutico?
- Vai imediatamente ao médico?
- Recorre às medicinas alternativas?
- Fuma ou há na sua família quem fume regularmente?

### **5.5.7 Sobre as Condições Sociais e Económicas**

Sobre esta dimensão, estiveram em análise dez variáveis tendo-se mostrado estatisticamente significativas seis delas.

No nosso estudo incluímos:

- Sexo.
- Ano de nascimento.
- Idade.
- Faixa etária.
- Estado Civil.
- Escolaridade (completa).
- Nacionalidade.
- *Nut.*

- Distrito.
- É casada(o) e/ou vive com o seu cônjuge/companheiro?
- O seu marido (esposa) / cônjuge/companheiro(a) exerce alguma atividade profissional?
- Na sua casa reside alguém dependente ou fisicamente incapacitado?

Elaboramos, assim, a primeira versão do questionário que foi submetido à apreciação externa e à verificação de incoerências ou omissões por meio de um pré-teste. Este processo incluiu três fases, sendo que de cada uma delas resultaram melhorias do questionário.

A primeira versão extensa do questionário foi submetida à apreciação de um grupo de acadêmicos, integrando as suas sugestões numa versão melhorada do instrumento de pesquisa. Porque neste grupo de acadêmicos se encontravam elementos familiarizados com a área em estudo e outros que, não estando familiarizados com a área em estudo, estavam familiarizados com os objetivos da pesquisa, a sua contribuição é particularmente valiosa para uma avaliação do conteúdo substantivo do questionário (Dillman, 2007). Esta fase permitiu aperfeiçoar a linguagem usada em alguns itens e reduzir o seu número através da identificação de redundâncias conceituais. Na segunda fase, foi efetuado o pré-teste junto de uma pequena amostra de conveniência. Esta fase serviu para identificar perguntas que pudessem causar embaraço ou resistência aos respondentes, problemas que tivessem em manter a dinâmica estabelecida, situações em que se tornassem impacientes ou aborrecidos e verificar se as instruções para o preenchimento do questionário eram as adequadas. Deste pré-teste resultou a eliminação de alguns itens e correções à redação de algumas perguntas a utilizar. A terceira fase consistiu no pré-teste do questionário na sua versão *online*.

Após a conceção do questionário no formato *online*, este foi novamente enviado para um grupo de acadêmicos que deram o seu contributo. Daqui resultaram algumas alterações sobretudo ao nível da extensão das questões (mais sucintas). Como mencionado acima, cada uma destas fases do pré-teste resultou em alterações ao questionário que clarificaram as questões e tornou o questionário aplicável ao contexto específico do estudo. O questionário final resultou menos extenso, mais claro para o inquirido e mais consentâneo com os objetivos da investigação.

## 5.6 Conceção e Configuração do Questionário Online

Na conceção do questionário *online*, seguiram-se as recomendações de Dillman (2007). As questões foram apresentadas no mesmo formato da versão *Word*, sempre que possível, incluindo o agrupamento lógico das questões por janela/página. De seguida, far-se-á uma breve descrição dos aspetos tidos em consideração na construção do questionário *online*.

**Aparência:** As questões foram divididas ao longo de uma janela, fazendo o correspondente deslocamento (*scroll*) ao longo da página para responder às questões. O desenho do questionário foi simples com o uso mínimo de cores.

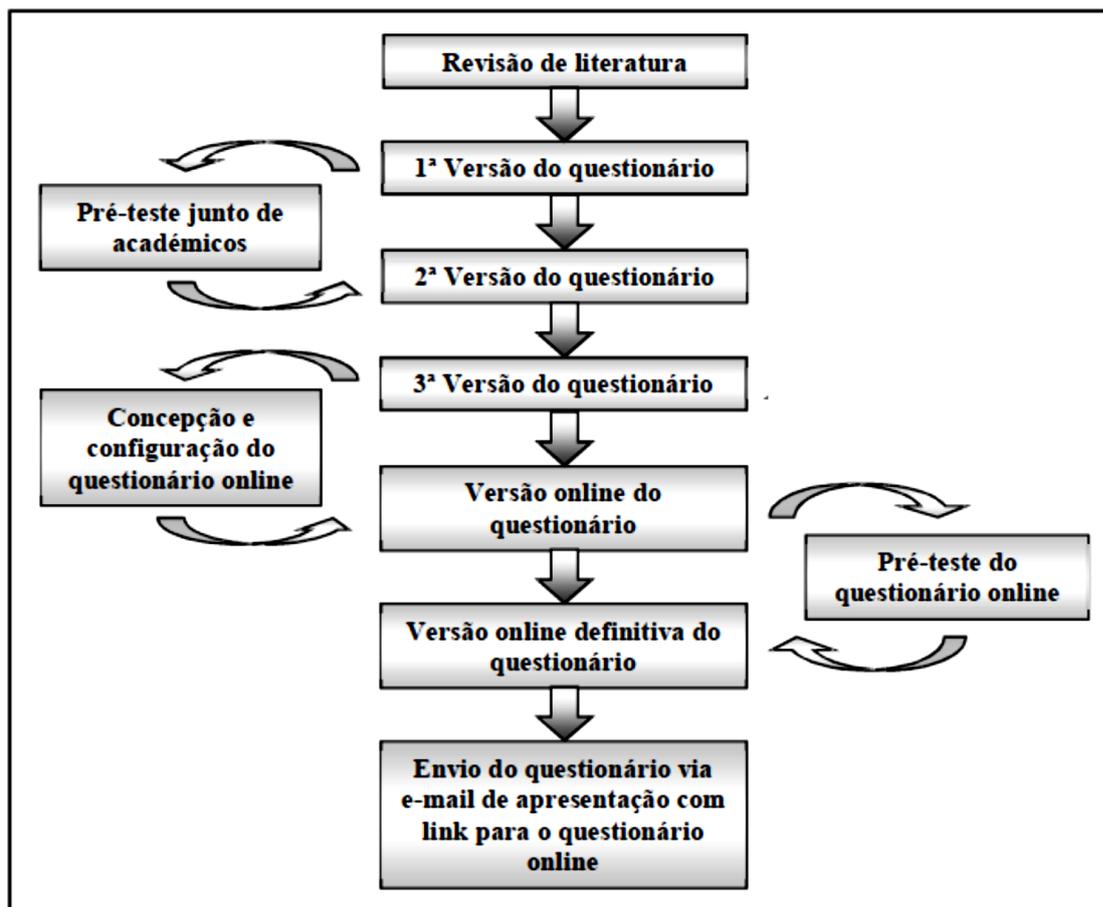
**Questões e escalas:** Foi utilizada uma mistura de questões abertas e fechadas com diferentes escalas. Foram utilizados “botões de rádio” e “caixas de verificação” para as questões fechadas e “campos de descrição”, para as questões abertas

**Personalização:** Com o objetivo de diferenciar esta pesquisa do grande número de outras pesquisas com base na *web*, de garantir o anonimato e de enfatizar o carácter científico e oficial deste estudo, foi incluído um pequeno texto logo na introdução. Para além disso, um endereço de *correio eletrónico* personalizado, contendo o URL do inquérito, foi enviado a cada sujeito.

## 5.7 Administração do Questionário

Foram enviadas mensagens por *correio eletrónico* a nível nacional. Assim que rececionadas foram incluídas no lote por Distrito, até ficar a distribuição inicial completa. Nesse correio eletrónico, informava-se que o investigador estava a desenvolver um projeto de doutoramento sobre o comportamento das famílias na gestão da saúde: impacto na esperança média de vida e no desenvolvimento, solicitando a colaboração no preenchimento do questionário.

Na figura seguinte, encontra-se um resumo do processo conducente à elaboração do questionário já descrito atrás.



Fonte: Elaboração Própria

Ilustração 21: Fases de elaboração do instrumento de pesquisa

## 5.8 Dimensão e Caracterização da Amostra

A dimensão da amostra, como em qualquer outro método estatístico, fornece a base para a estimação do erro de amostragem. As covariâncias e as estimativas dos parâmetros são muito sensíveis à dimensão da amostra, à base de estimação do erro de amostragem (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009).

Recentemente, o conceito de comunalidade tem sido apontado como uma forma mais relevante de abordar a questão da dimensão da amostra (*idem*, 2009). A comunalidade é a fração da variância do item que é explicada pelos fatores comuns, consistindo esta na soma do quadrado dos pesos fatoriais de todos os fatores no item (Marôco, 2010).

Vários autores tais como Hair, Black, Babin e Anderson (2009) referem que alguns estudos mostram a necessidade de aumentar a dimensão da amostra à medida que as comunalidades vão sendo mais reduzidas (os *constructos* latentes não explicam muita da variância nas variáveis observadas). Com base na discussão sobre a dimensão da amostra,

Hair et al. (2009) sugerem que a dimensão mínima da amostra deve considerar a complexidade do modelo e as características do modelo de medida.

Adicionalmente à complexidade, e às características do modelo a ser estimado, recomendam que a dimensão da amostra deve ser aumentada nas seguintes circunstâncias: não normalidade multivariada dos dados; técnicas de estimação que exijam amostras elevadas e mais de 10% de dados em falta (*idem*, 2009). Foi nosso objetivo ter uma amostra representativa a nível nacional e para isso recolhemos aleatoriamente 1021 inquéritos válidos em indivíduos de Portugal Continental com a seguinte distribuição:

Tabela 7: Quantidade de inquéritos por Distrito

Nome	Quantidade de inquéritos
Lisboa	179
Porto	145
Setúbal	69
Braga	69
Aveiro	57
Vila Real	50
Leiria	46
Santarém	45
Coimbra	44
Faro	44
Bragança	43
Portalegre	39
Viseu	37
Viana do Castelo	31
Beja	31
Évora	31
Guarda	31
Castelo Branco	30

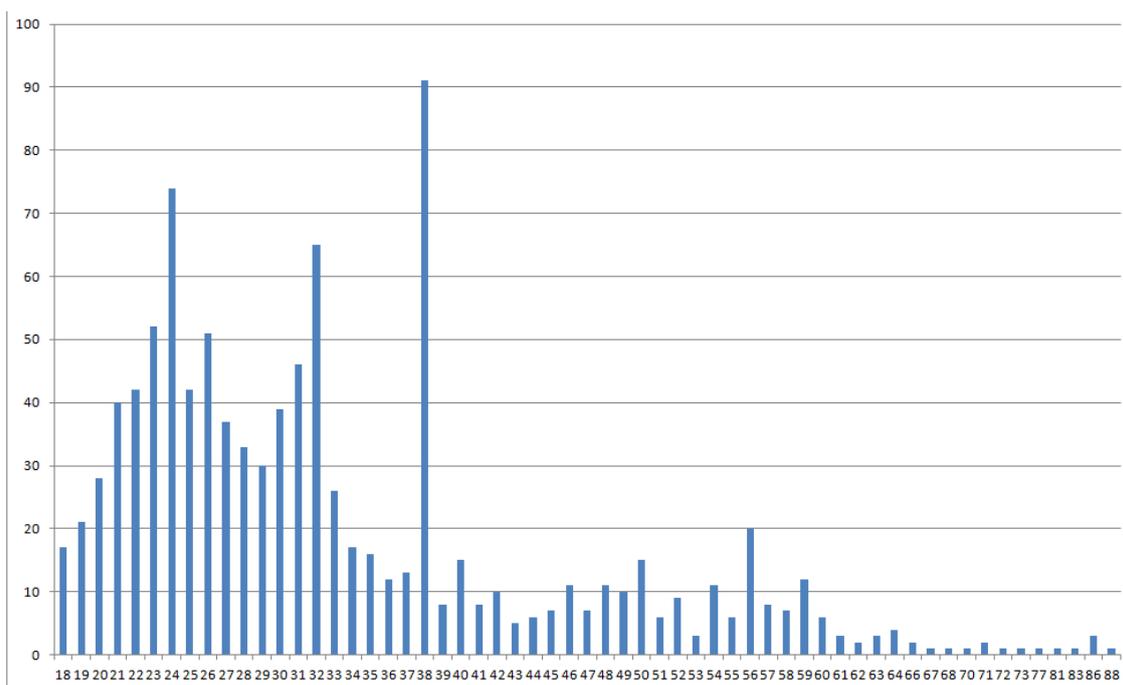
Fonte: Elaboração Própria

## 5.9 Principais Características da Amostra

Como dados preliminares, devemos referir que a área geográfica é Portugal Continental, sendo o cidadão a unidade de análise. A Recolha de dados foi efetuada por inquérito por questionário autoadministrado, realizado entre 1 de Janeiro e 31 de Maio de 2012. Dos 2117 questionários enviados, 1106 questionários deram erro no sistema (dados

como não entregues), sendo 1021 questionários respondidos e válidos, o que corresponde a uma taxa de resposta de 48%.

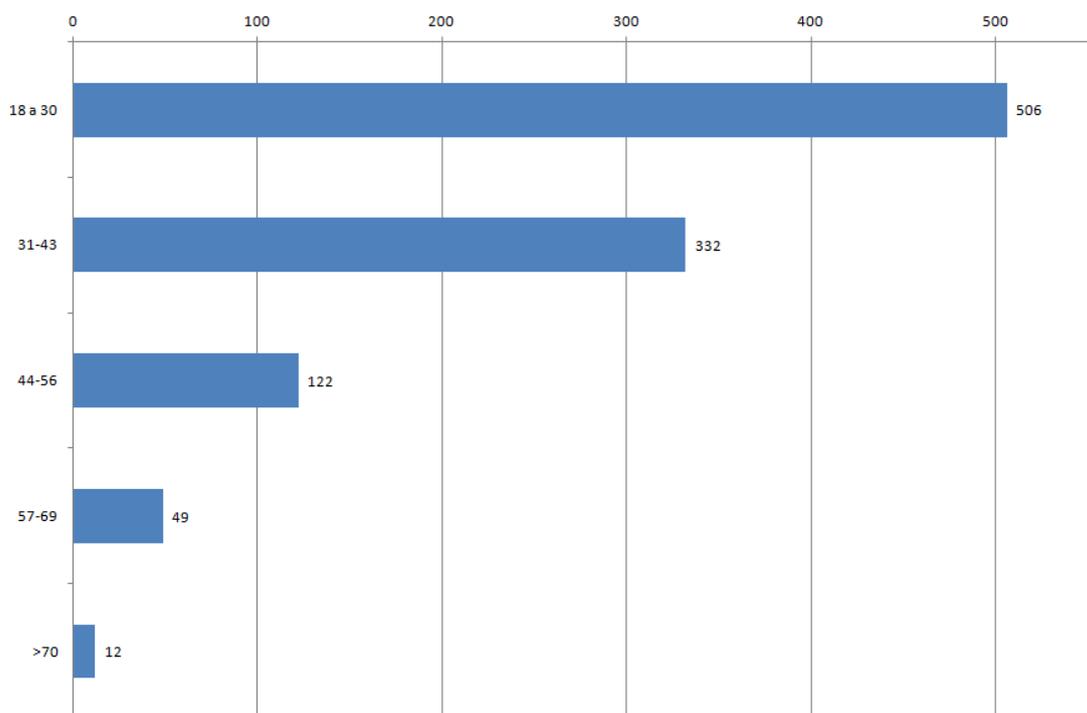
Das 1021 observações que constituem a nossa amostra 57,5% são mulheres. Assim temos 434 inquéritos respondidos por elementos do género masculino e 587 do género feminino. Têm idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos. A amostra apresenta uma média de 33 anos e um desvio padrão de 12,11. A moda situa-se nos 38 anos.



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 22: Gráfico de idade**

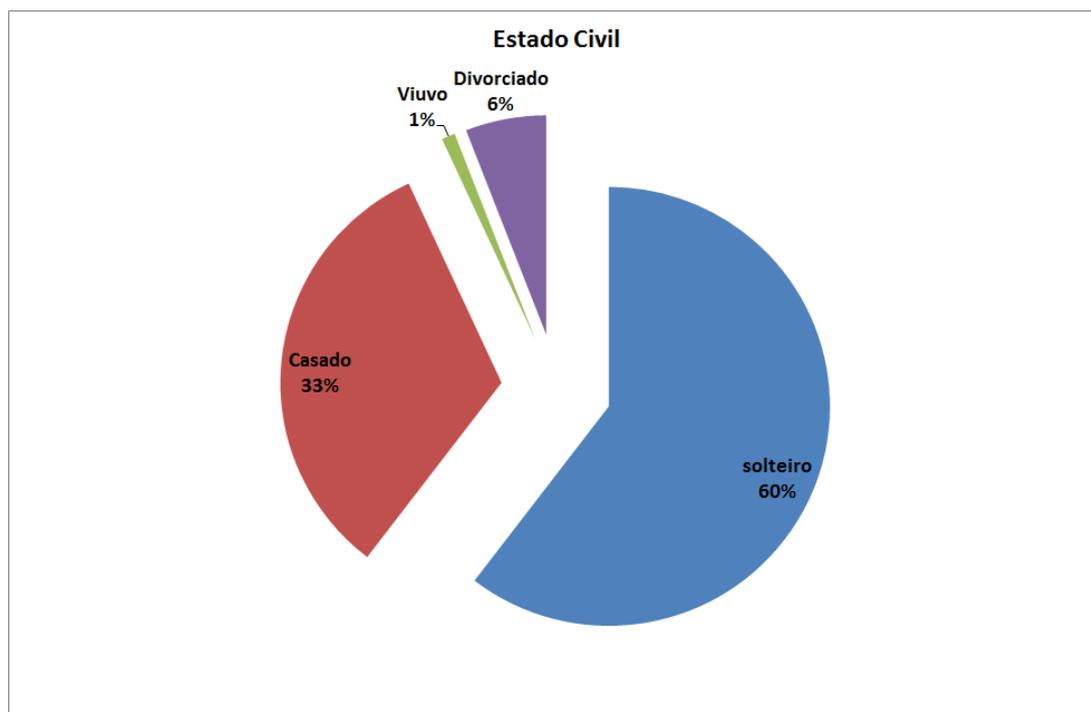
Para melhor análise, agrupamos por faixa etária. Temos assim uma amostra jovem, o que permitirá também análises comparativas para o futuro. É assim possível e desejável no futuro abordar em termos comparativos vendo a evolução da amostra ao longo do tempo, de forma repetida, por exemplo, como barómetro, permitindo até a intervenção sobre a mesma, no sentido de melhorar os aspetos da vida considerados.



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 23: Faixa etária**

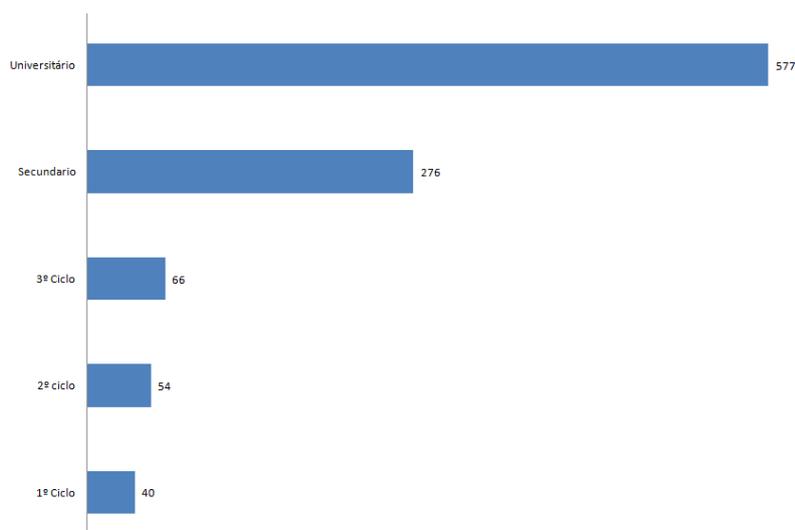
Na globalidade, os inquiridos são maioritariamente solteiros (60%), sendo 33% da amostra composta por cidadãos casados, 6% divorciados e 1% viúvos. Como referimos anteriormente, as pessoas que vivem sozinhas (solteiros, viúvos, separados ou divorciados) estão normalmente menos satisfeitos com suas vidas do que aqueles que vivem com um parceiro ou com um parceiro e filhos. No entanto, neste caso uma boa percentagem dos solteiros vive em casa dos pais.



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 24: Estado Civil**

Refira-se, ainda, que 57% detêm formação superior, 27,2% o ensino secundário e, apenas, 3,9% o primeiro ciclo. As medidas do nível socioeconómico baseadas na educação são populares e de grande importância. O próprio Índice de Desenvolvimento Humano incorpora uma parte relativa à escolaridade.



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 25: Escolaridade**



## CAPÍTULO VI – ANÁLISE DO INQUÉRITO

Após a receção das respostas aos questionários, procedeu-se a uma análise exploratória dos dados com recurso ao *software SPSS*, na versão 19 para *Windows*. A análise iniciou-se com a averiguação de *outliers* e de *missing values* (Hair et al., 2009). Em relação aos primeiros, não foram encontradas observações com características de tal forma distintas das restantes que justificassem ser consideradas *outliers*. No que concerne aos *missing values*, apenas existem alguns valores em falta uma vez que foram incluídos alguns questionários em que, faltando essa informação, foi possível identificar a restante.

Iniciamos o inquérito procurando apurar a opinião dos inquiridos sobre as várias dimensões da vida que contribuem para a saúde, de forma positiva ou negativa, começando por lhes perguntar “Qual é para si o aspeto da vida mais importante?”



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 26: Qual é para si o aspeto da vida mais importante?**

O primeiro aspeto referido pelos inquiridos é a saúde (49,5%), seguido da família (45,4%), do trabalho (2,8%) e do dinheiro (1,3%). Temos assim duas categorias claramente

distanciadas das restantes e próximas uma da outra, notando que há uma valorização de dois componentes centrais deste trabalho, como a família e saúde.

Inquirimos posteriormente sobre uma perceção geral de se considerarem (ou não) saudáveis.

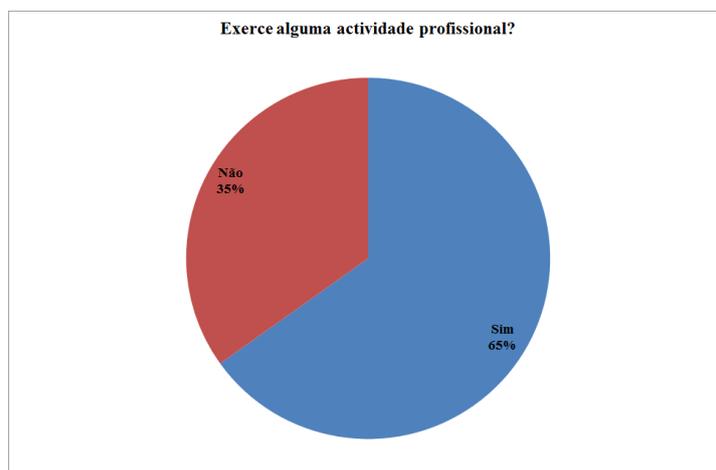


Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 27: Considera-se uma pessoa saudável?**

Os nossos respondentes consideram-se, maioritariamente, pessoas saudáveis pois responderam de forma afirmativa em 91,3% à questão colocada.

Questionamos também sobre a vida profissional.



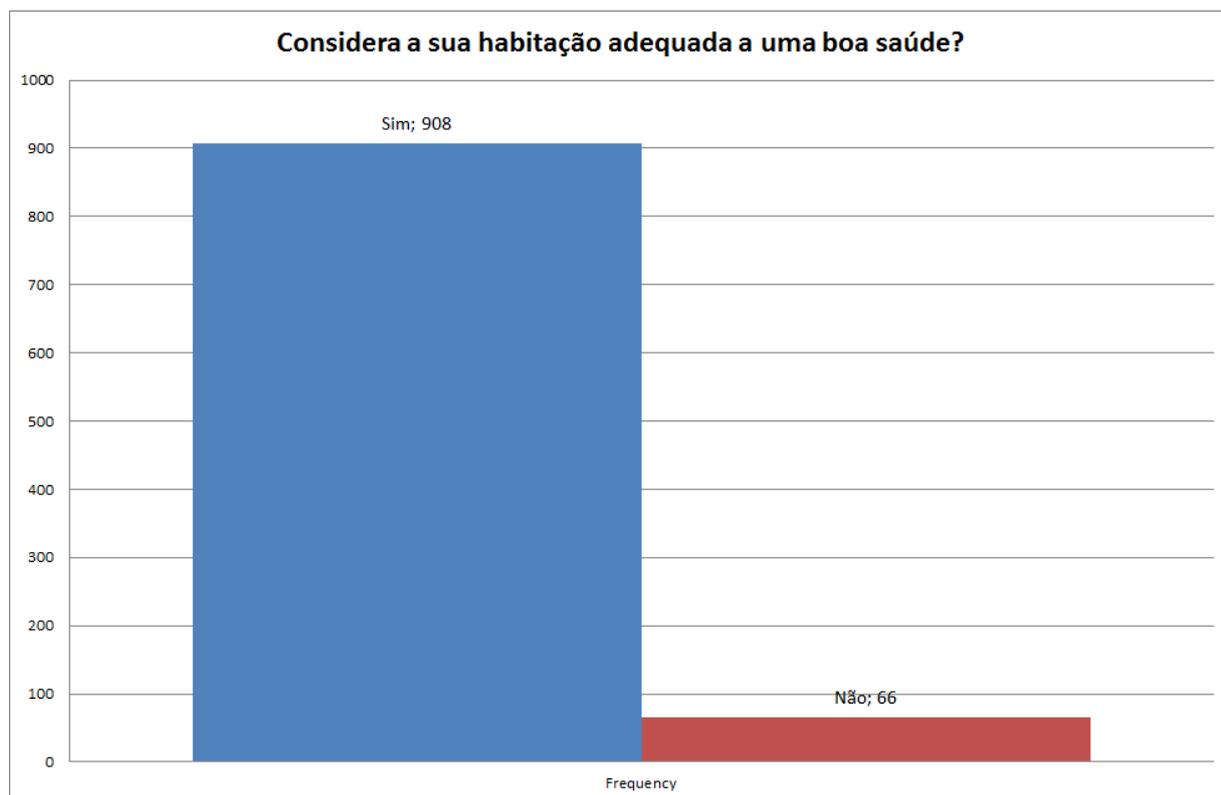
Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 28: Exerce alguma atividade profissional?**

No que concerne à atividade profissional, 65% da amostra exerce ativamente uma profissão. Este é um dado importante uma vez que o mundo laboral e os seus impactos está presente neste estudo.

## 6.1 Sobre as Condições Habitacionais

Do total das famílias inquiridas 93% afirma habitar uma casa adequada a uma boa saúde. Este facto resulta principalmente das famílias inquiridas residirem, maioritariamente, em concelhos urbanos, onde as condições mínimas habitacionais já se encontram, normalmente, garantidas.

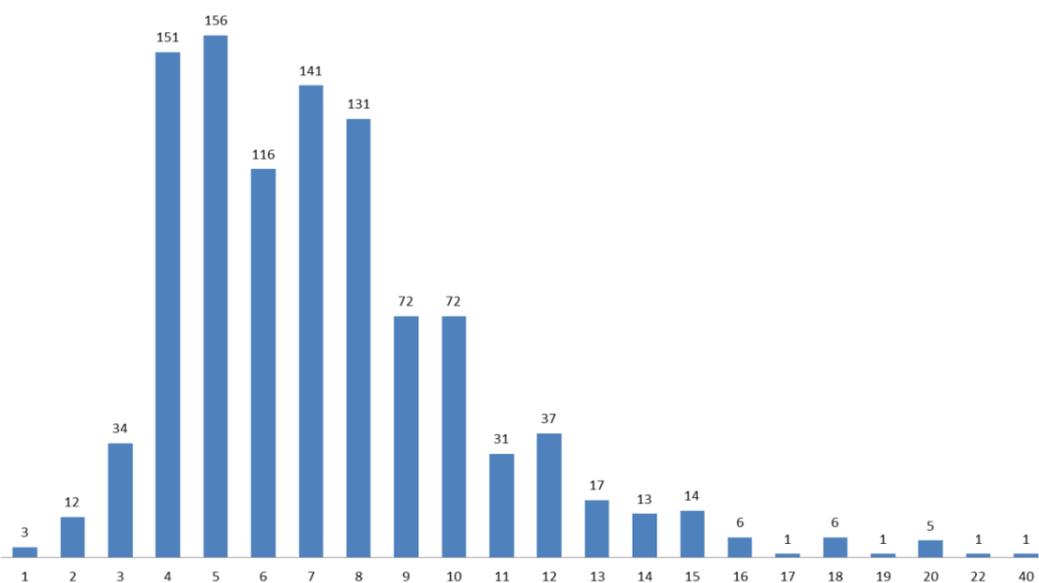


Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 29: Considera a sua habitação adequada a uma boa saúde?**

As famílias em análise são compostas, em média, por 3 elementos. O número de divisões é bastante díspar, apresentando a amostra uma média superior a 7 divisões mas com um desvio padrão de 3,32. A moda é 5. O número mínimo de divisões é 1 e o máximo é 40.

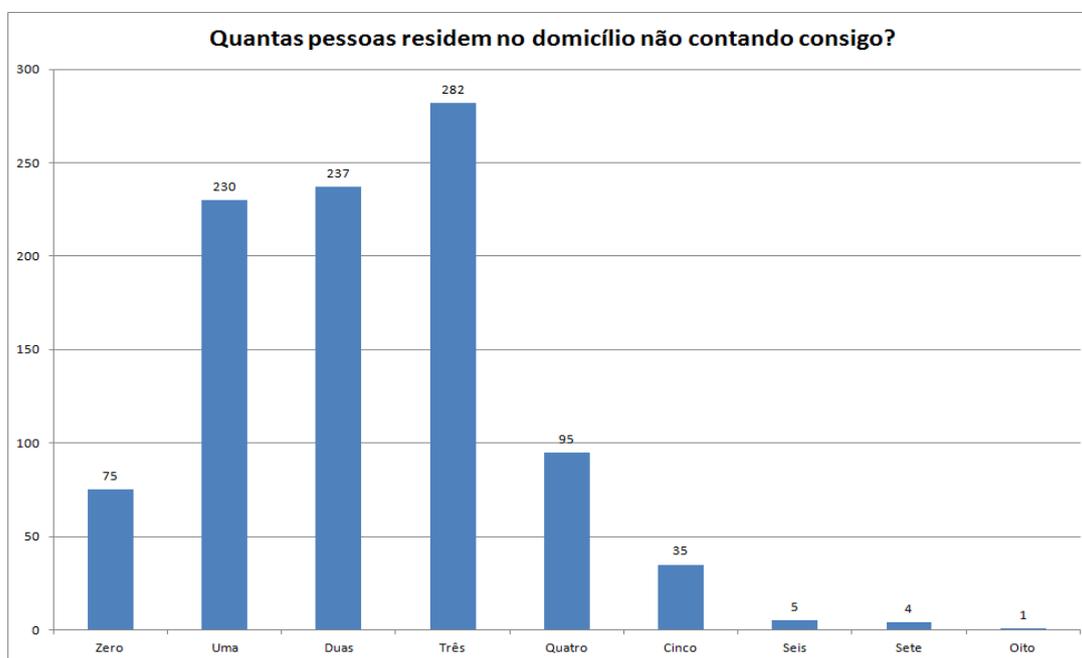
Assim, a média entre divisões e número de elementos está bem acima da registada a nível nacional, que como vimos atrás é de 1,4.



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 30: Número de divisões do alojamento**

O número mínimo do agregado familiar é de 1 elemento e o máximo de 9. No entanto, em média o agregado familiar é composto por 3 elementos (desvio padrão de 1,3). Este valor está em linha com a atual tendência de redução de dimensão das famílias.



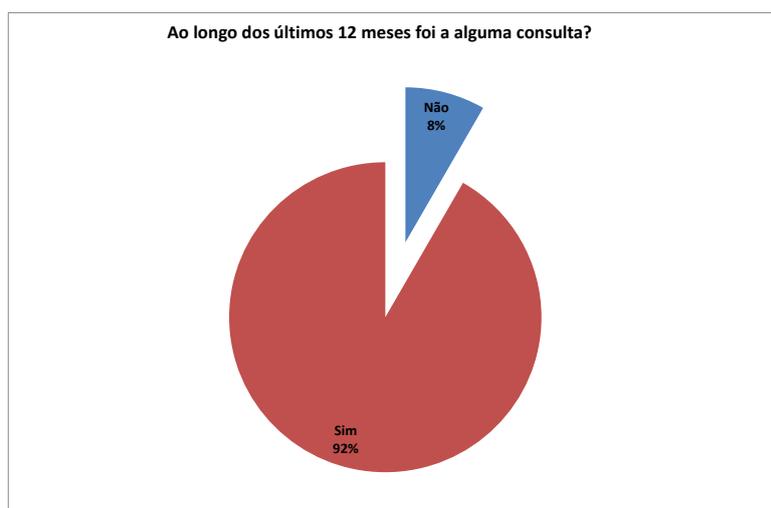
Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 31: Quantas pessoas residem no alojamento não contando consigo**

Uma nota para a mobilidade: residem com alguém doente ou fisicamente incapacitado 5,9% dos respondentes.

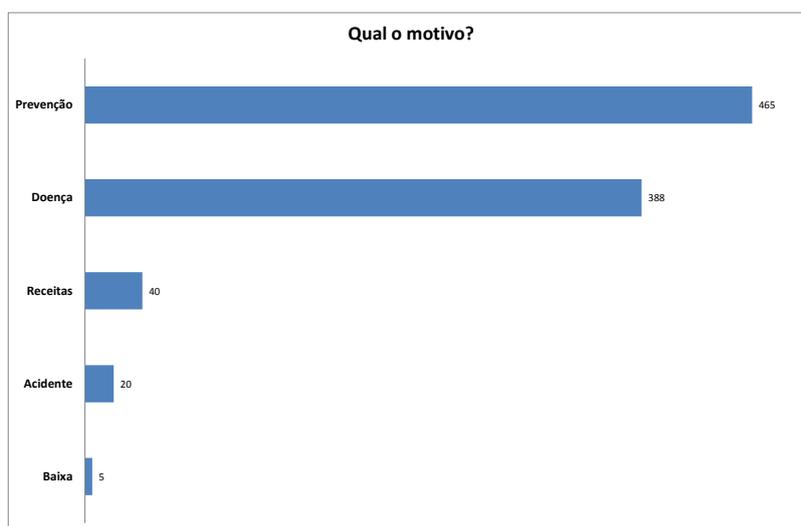
## 6.2 Sobre as Condições de Utilização e de Acesso aos Serviços de Saúde

Dos nossos respondentes cerca de 51,8% vai ao médico apenas quando está doente. Ainda sobre esta dimensão mais de 91,7% afirma ter ido a uma consulta nos últimos 12 meses. Seguidamente, verificamos as denominadas “Causas da Procura”, mostrando-nos que os nossos inquiridos o fizeram principalmente por motivos de Prevenção e de Doença, sendo que a maioria (64,8%) não fez uso de um serviço de urgência, ao contrário do estudo de base de Nogueira e Leandro, 2010, como podemos verificar nos gráficos seguintes.



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 32: Presença em consulta nos últimos doze meses**



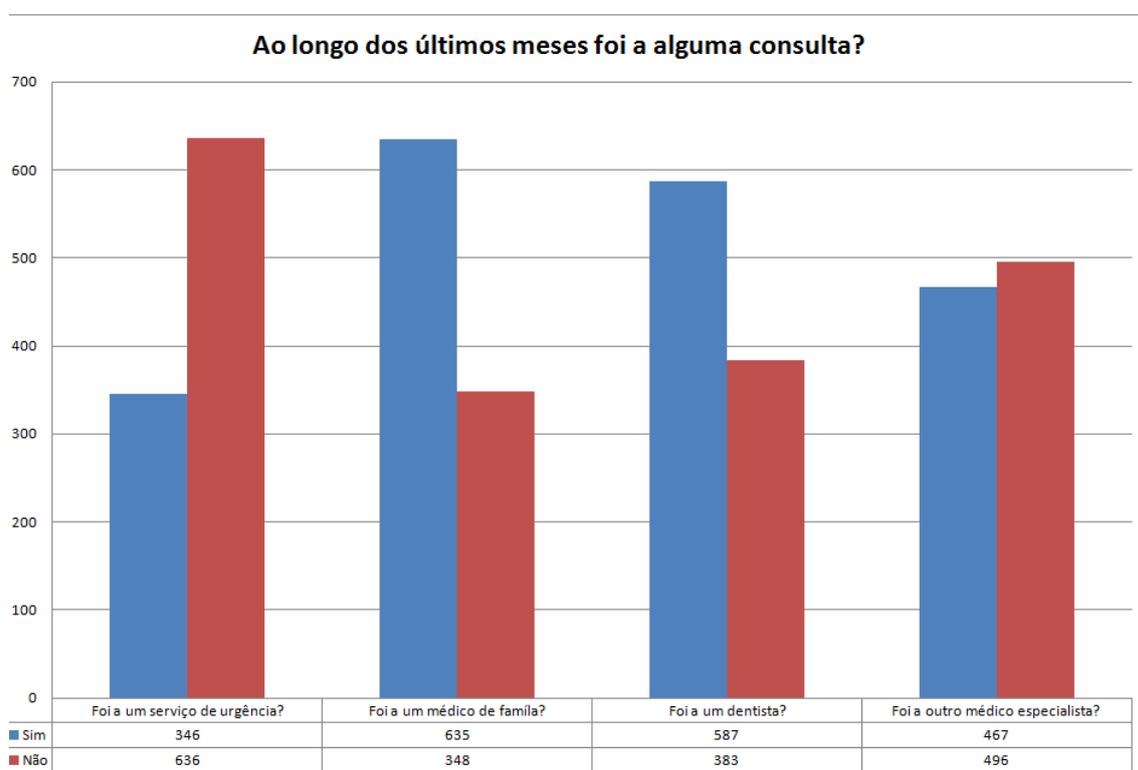
Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 33: Motivo de presença em consulta**

Os “Motivos da Procura” encontram-se refletidos em cima com a percentagem de recurso devido a acidentes, pedidos de receitas e baixas médicas indicados como os principais motivos pelos quais estas famílias mais procuram um serviço de saúde.

Ortopedia, Dermatologia e Otorrinolaringologia também são especialidades que se destacam no gráfico.

Quanto à variável “Tipo de Médico Procurado”, surge-nos em primeiro lugar a procura de um médico de família e não de um médico especialista, contrariando assim o estudo anterior, o que pode representar uma alteração de comportamento no tempo. Dos que foram a pelo menos uma consulta nos últimos 12 meses, 35,2% foi a um serviço de urgência, 64,6% foram a um médico de família, 60,5% foi a um consultório de dentista e 48,5% a outro médico especialista.

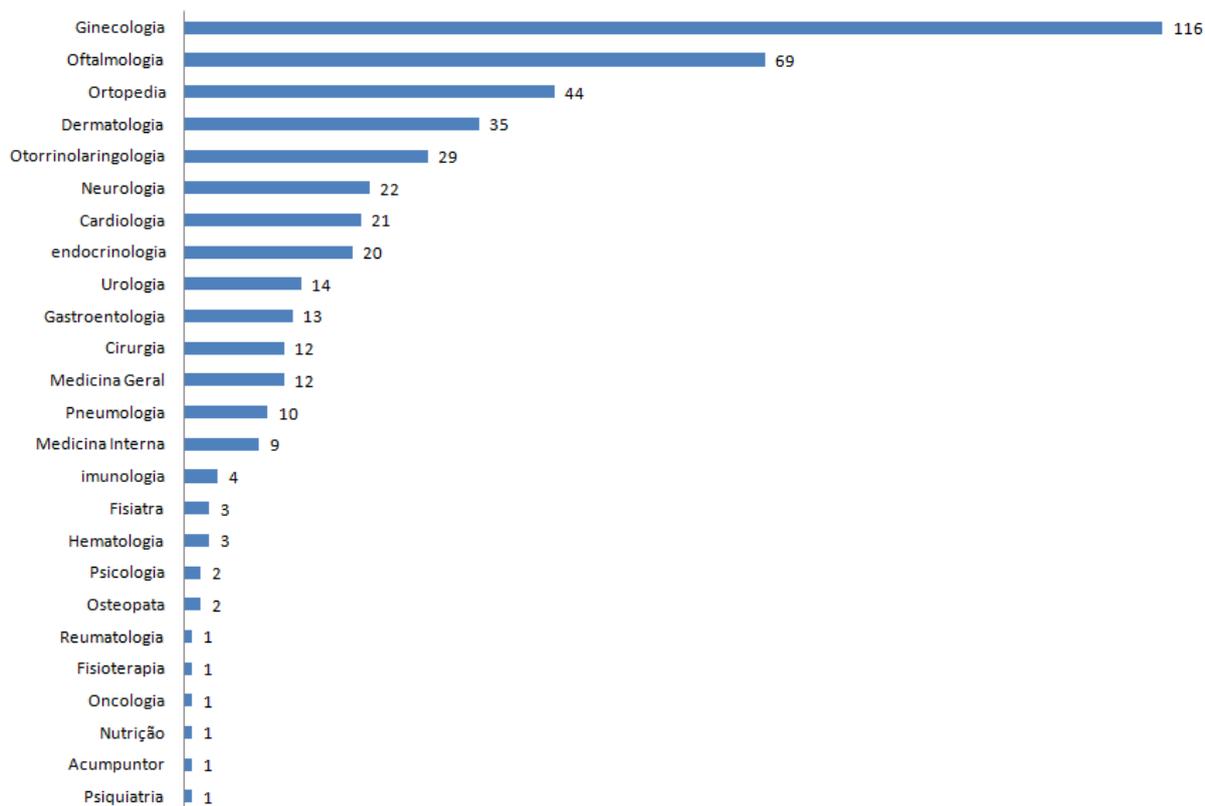


Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 34: Consultas nos últimos 12 meses**

Dos que responderam positivamente sobre a ida à consulta com outro médico especialista, aparecem em primeiro lugar o Ginecologista (26%) e o Oftalmologista (15,5%), como podemos verificar na ilustração 35, o que eventualmente estará relacionado com a informação e prevenção nestas áreas.

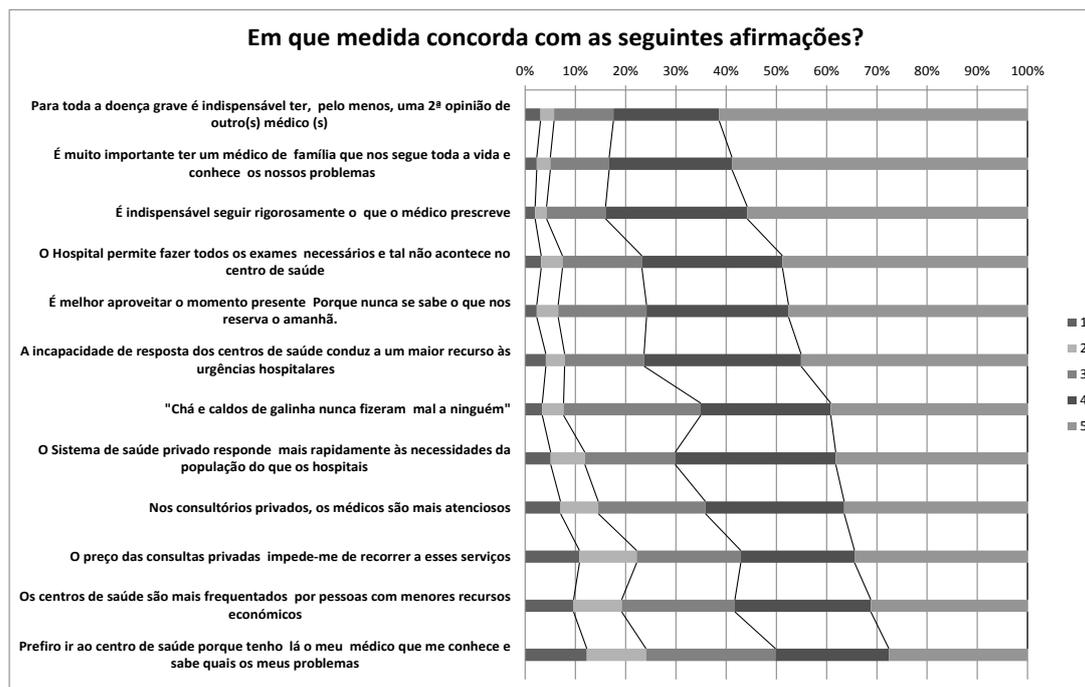
### Foi a que médico especialista



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 35: Tipo de médico especialista**

A questão seguinte também esteve relacionada com o acesso aos serviços de saúde. Perguntamos à amostra a sua opinião sobre um conjunto de afirmações, que analisamos através de uma escala de Likert, com 1 a corresponder a “*Discordo Totalmente*” e 5 a “*Concordo Totalmente*”. Esta escala foi desenvolvida nos EUA pelo educador e psicólogo Rensis Likert (1903 - 1981) em 1932, sendo a medida de avaliação mais comum neste tipo de pesquisas. Na sua forma normal, tenta gravar um nível requerido de acordo com as declarações efetuadas.



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 36: Em que medida concorda com as seguintes afirmações?**

Registamos assim uma concordância total, com valores acima dos 50%, para a importância de ouvir uma segunda opinião em relação a atos médicos em caso de doença grave e para a necessidade de ter um médico de família. Podemos a partir daqui explicar o aumento do número de consultas em médicos de família. Também em alta está a confiança nos profissionais de medicina, na medida em que os inquiridos consideram fundamental seguir rigorosamente o que o médico prescreve. Igualmente com um nível elevado de respostas afirmativas aparece o “gosto por aproveitar o momento presente e o que de melhor a vida oferece”.

Com valores altos para os níveis 4 e 5, os de maior resposta positiva, aparecem também dois motivos pelos quais as pessoas preferem ir ao Hospital do que ao Centro de Saúde em caso de urgência. Em primeiro lugar, a possibilidade de efetuar de imediato todos os exames necessários, e em segundo, uma maior perceção de capacidade de resposta por parte dos hospitais. Estes dados acrescem aos disponibilizados no “Estudo sobre a saúde em Portugal” (Cegedim, 2012), e são mais um contributo para a explicação do facto de o que mais preocupa os portugueses relativamente à saúde seja o receio da perda de qualidade do Serviço Nacional de Saúde e o preço das taxas moderadoras.

Quanto à questão “Chá e caldos de galinha nunca fizeram mal a ninguém” que pretendia medir a preferência por medicinas alternativas ou mesmo a aplicação de medicina

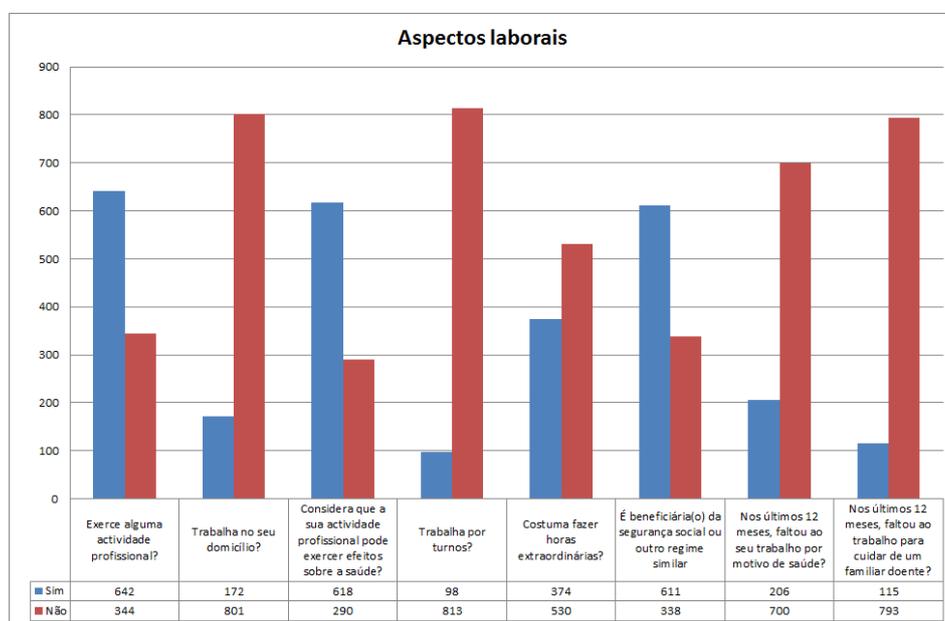
popular, verificamos alguma concordância, ainda que não total. Parecem estar de acordo que não fazem mal, mas também não fazem bem. Os portugueses de hoje estão mais informados, consultam o médico e informam-se sobre as doenças que contraem ou a medicação que é prescrita na internet, em livros, etc.

Os inquiridos parecem também concordar que o sistema de saúde privado responde mais rapidamente às necessidades da população que os hospitais e que os médicos são mais atenciosos nos consultórios privados.

O motivo pelo qual não recorrem mais frequentemente ao privado deve-se ao maior custo destas consultas. Por último, foram referidas mais respostas de discordância para a afirmação de que os centros de saúde são mais frequentados por pessoas de menores recursos económicos e para a preferência em deslocar-se ao centro de saúde devido à presença de um médico pessoal e que melhor conhece o historial clínico.

### 6.3 Sobre as Condições Laborais

Dos nossos inquiridos apenas 37,7% referiu que nos últimos 5 anos a sua saúde e a dos seus familiares havia sido afetada pelas condições de trabalho.



Fonte: Elaboração Própria

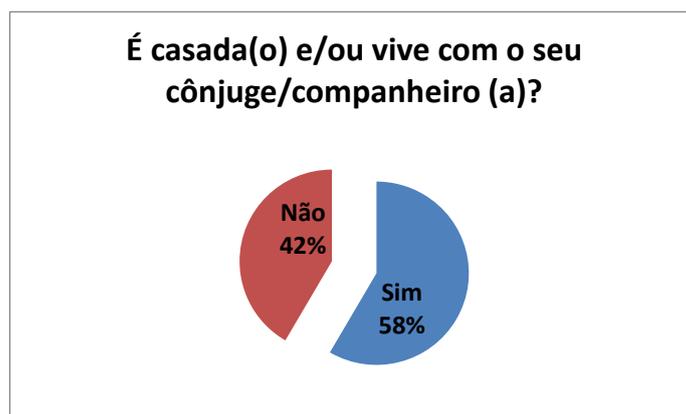
**Ilustração 37: Aspectos laborais**

Como vimos atrás, a maioria dos inquiridos que exerce uma atividade profissional (65,1%), considera que a mesma pode exercer efeitos sobre a saúde (68,1%) e é beneficiária

da Segurança Social ou outro regime (64,4%). São poucos os inquiridos que trabalham no seu domicílio (17,7%), por turnos (10,8%), ou que faltaram ao trabalho por motivo de saúde (22,7%) ou para cuidar de algum familiar doente (12,7%). Existem 374 respostas positivas às horas extraordinárias (41,4%), o item com respostas mais divididas deste bloco.

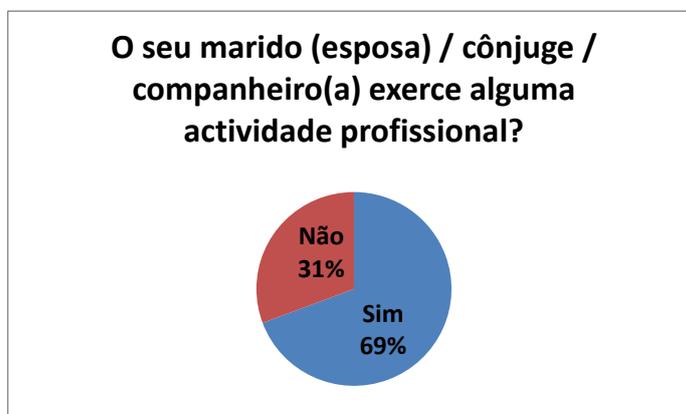
## 6.4 Sobre os Comportamentos de Socialização e Lazer

Na dimensão “Comportamentos de Socialização e Lazer” avaliou-se os comportamentos socialização e lazer na vertente do exercício físico, assim como quais os aspetos que nos últimos 5 anos afetaram a saúde e a dos seus familiares. 58,2% das respostas relativas à atividade física foram afirmativas. Quanto aos hábitos do cônjuge e filhos, 58% afirmaram-se casados ou a coabitar em união de facto, sendo que em 69% destes casos, o cônjuge exerce atividade profissional.



Fonte: Elaboração Própria

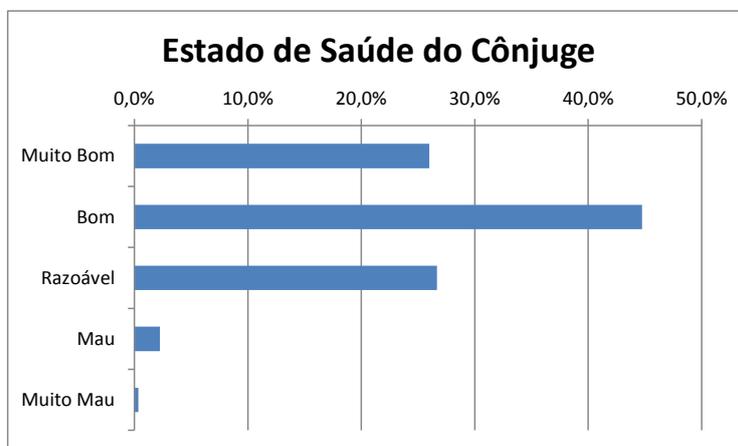
Ilustração 38: É casada (o) ou vive com cônjuge/companheiro



Fonte: Elaboração Própria

Ilustração 39: Profissão do companheiro

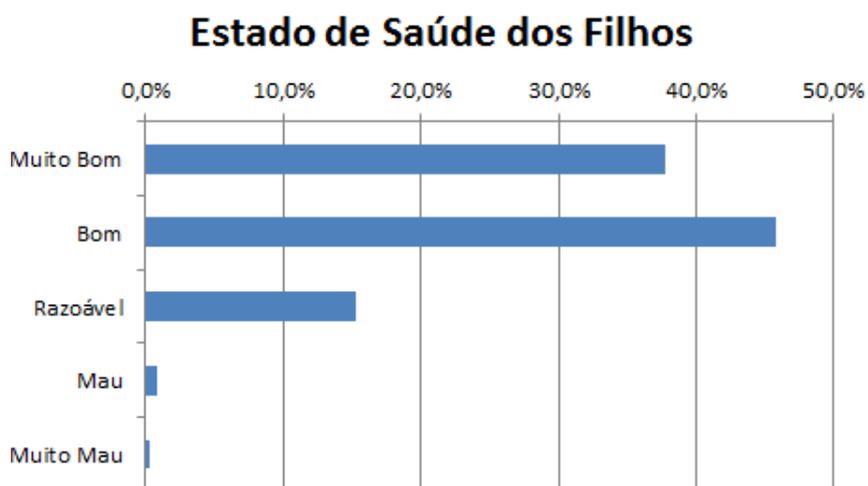
Uma boa parte (37,2%) dos respondentes afirmaram terem filhos a residir no respetivo domicílio.



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 40: Como considera o Estado de Saúde de Cônjuge**

Quanto ao estado de saúde do cônjuge, a maior categoria apresentada foi “Bom”, repartindo-se depois a distribuição entre “Muito Bom” e “Razoável”. Pouca gente reportou como “Mau” e quase ninguém “Muito Mau”.



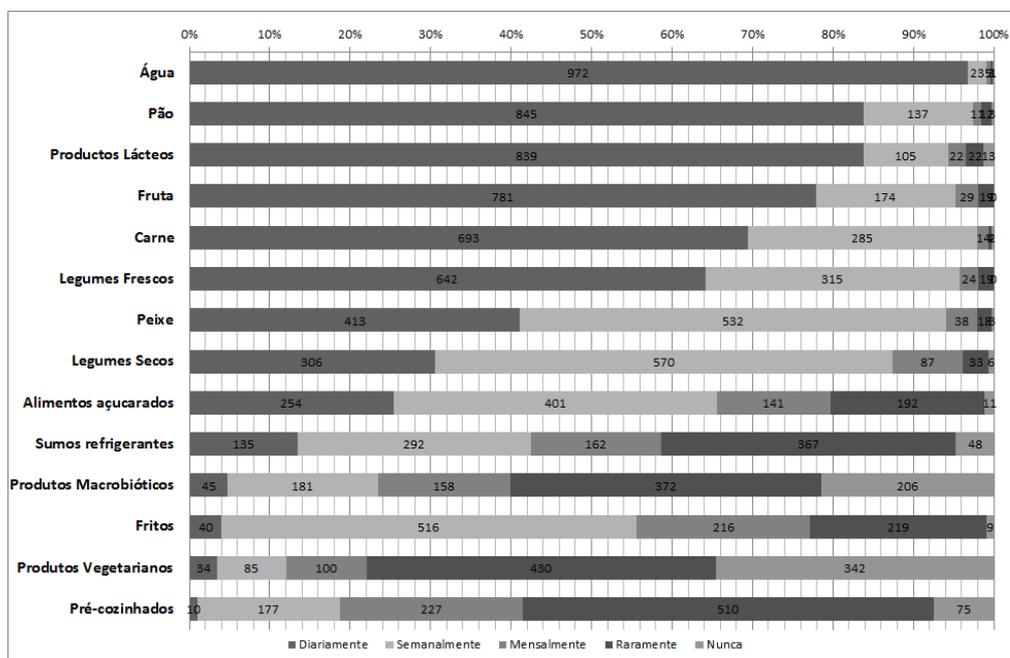
Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 41: Como considera o Estado de Saúde dos Filhos?**

Quanto aos filhos, a diferença reside na distribuição entre “Muito Bom” e “Razoável”. Se no cônjuge era equilibrado, nos filhos é muito maior quem reporte “Muito Bom” e menos “Razoável”. É normal também devido à pouca idade dos filhos.

## 6.5 Sobre os Hábitos Alimentares

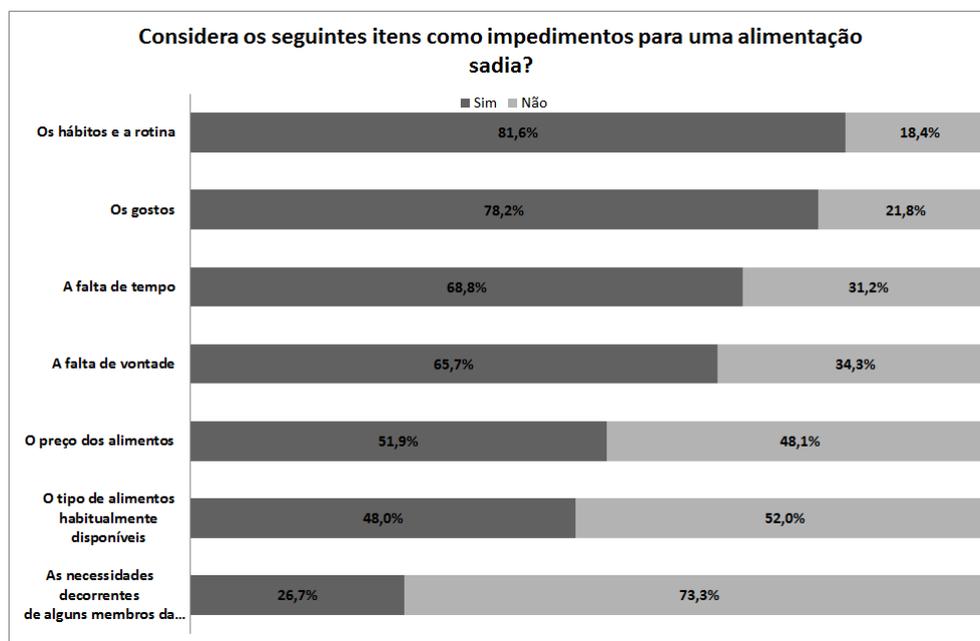
De seguida inquirimos sobre os hábitos alimentares através de uma escala de Likert em que as categorias foram divididas em *Diariamente*, *Semanalmente*, *Mensalmente*, *Raramente* e *Nunca*. Sendo a amostra constituída por cidadãos portugueses é de esperar uma dieta mediterrânea. Como alimentos ingeridos *diariamente* temos acima dos 80%, a água (96,8%), os produtos lácteos e o pão (83,8%). Com percentagens também elevadas registamos a fruta (77,9%) a carne (69,4%) e os legumes (64,2%). Registando um consumo predominantemente semanal temos os alimentos açucarados (40,1%), os legumes secos (56,9%), o peixe (53%) e os fritos (51,6%). Destes, os legumes secos e o peixe têm como segunda maior percentagem de resposta a indicação de consumo diário (30,5% e 41% respetivamente). Já os fritos apresentam também números elevados de consumo para *mensalmente* e *raramente* (21,6% e 21,9% respetivamente). Os alimentos açucarados apresentam como segundas categorias, *diariamente* com 25,4%. Destaque também para alimentos *raramente* consumidos como os pratos pré-cozinhados (pizas, congelados, etc.) (51,1%), sumos refrigerantes (36,6%), Produtos Macrobióticos (38,7%) e Produtos Exclusivamente Vegetarianos (43,4%). Nos gráficos em baixo segue representada a frequência de consumo.



Fonte: Elaboração Própria

Ilustração 42: Frequência de consumo de certos alimentos

A seguir debruçamo-nos sobre os vários impedimentos para uma alimentação sadia. Assim, foram identificados como os maiores impedimentos os hábitos e a rotina, os gostos, a falta de tempo e a falta de vontade. Também houve bastantes inquiridos, ainda que não a maioria, a referir o preço e o tipo de alimentos habitualmente disponíveis.



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 43: Impedimentos para uma alimentação sadia**

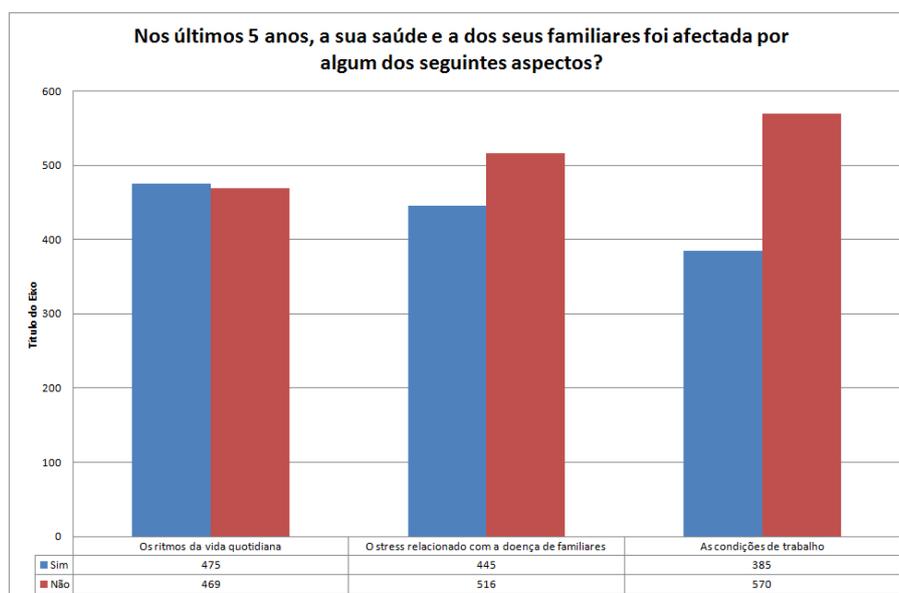
Complementarmente, podemos colocar o que que pensam os europeus sobre a qualidade da sua dieta. De acordo com os dados recentes do Eurobarómetro, mais de quatro em cada cinco cidadãos da União Europeia (83%) consideram que o que comem é bom para a sua saúde e 21% ainda declaram que os seus hábitos alimentares são muito saudáveis.

O estilo de vida dos cidadãos da UE parece ser o principal obstáculo a uma dieta saudável. Na União Europeia, o tempo e a falta de controlo sobre o que se come são as duas principais razões invocadas para explicar a dificuldade em comer num registo de dieta saudável. A terceira razão mais citada é que a alimentação saudável é vista como “fora de moda”.

Por outro lado, a falta de informação ou a má qualidade da que está disponível não parecem ser os principais obstáculos para uma alimentação saudável.

## 6.6 Sobre os Comportamentos de Prevenção e Educação para a Saúde

Inquirimos sobre se nos últimos 5 anos, a própria saúde e/ou a dos seus familiares foi afetada pelos ritmos de vida quotidiana, pelas doenças de familiares ou pelas condições de trabalho. As respostas dividiram-se. No entanto o item mais referido foi os “Ritmos de vida quotidiana” (46,5%), o *stress* relacionado com a doença de familiares (43,6%) e as condições de trabalho (37,7%).

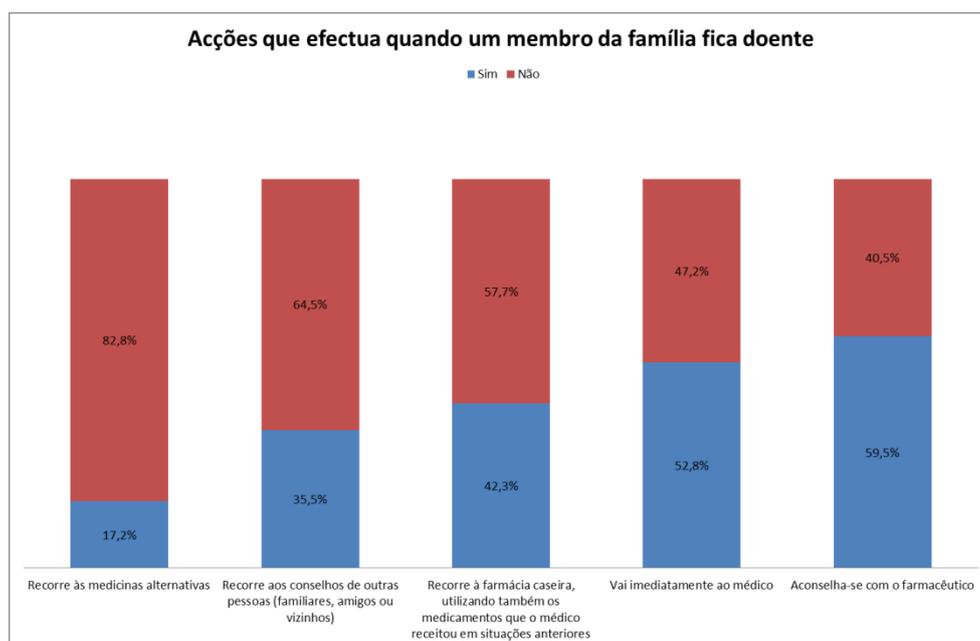


Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 44: Nos últimos 5 anos, a sua saúde e a dos seus familiares foi afetada por algum dos seguintes aspetos?**

Ao inquirir sobre prevenção e educação para a saúde, nomeadamente sobre as ações efetuadas quando um membro da família fica doente, das respostas recolhidas concluímos que a maioria aconselha-se com o farmacêutico ou vai imediatamente ao médico. Com percentagens acima dos 40% temos o recurso à farmácia caseira, utilizando também os medicamentos que o médico receitou em situações anteriores.

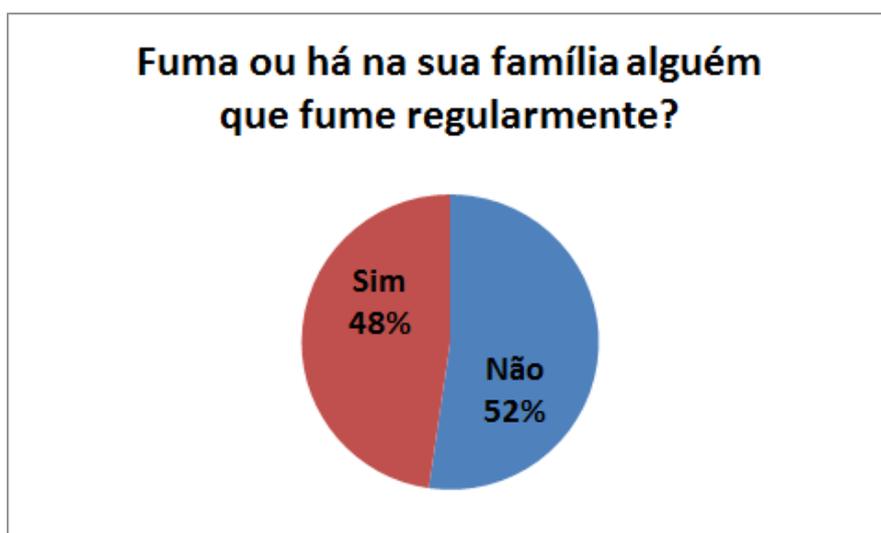
Não existem muitos indivíduos a recorrer aos conselhos de outras pessoas (familiares, amigos ou vizinhos) e apenas um grupo muito restrito afirma recorrer às medicinas alternativas.



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 45: Ações que efetua quando um membro da família fica doente**

Deste grupo de questões fazia ainda parte a questão “Fuma ou há na sua família alguém que fume regularmente?” que foi tratado de forma isolada. Responderam que “Não” a esta questão 52,3% dos nossos inquiridos.



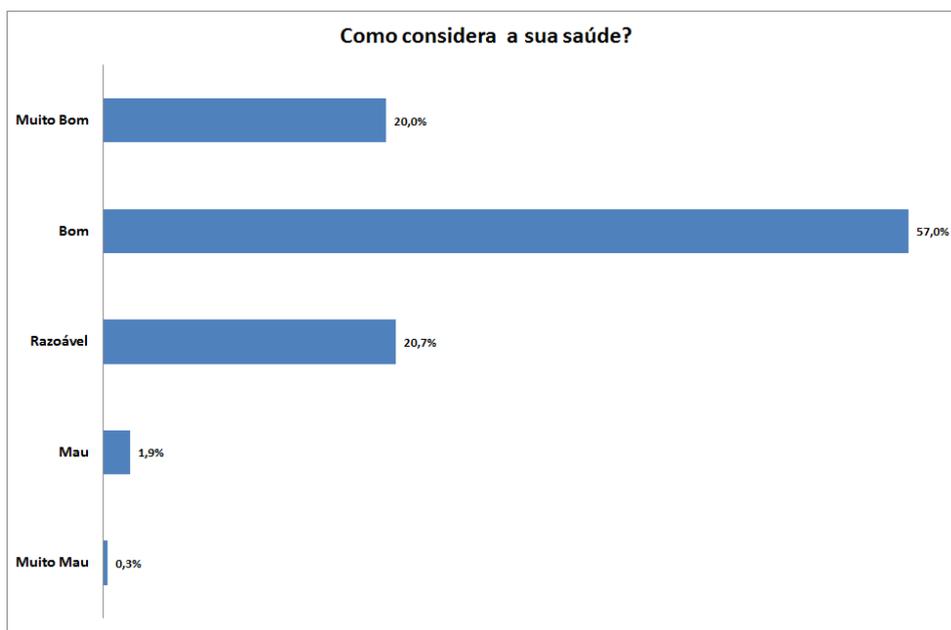
Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 46: Hábitos tabágicos**

Terminamos o questionário verificando, numa análise geral, como consideram o seu estado de saúde. A maioria dos inquiridos reportou como Bom, tendo os restantes apresentado

uma repartição de forma semelhante entre “Muito Bom” e “Razoável”, registrando-se pequenas percentagens para “Mau” (1,9%) e “Muito Mau” (0,3%).

Neste caso existe alguma semelhança com o gráfico dos cônjuges, no entanto a categoria “Bom” destaca-se claramente das restantes.



Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 47: Como Considera a sua saúde?**

Depois desta sumária apresentação dos nossos respondentes vejamos, de seguida, como pensam os mesmos sobre as diversas dimensões da vida que, de forma mais direta ou indireta, se encontram relacionadas com a saúde.

## CAPÍTULO VII – RELAÇÕES ENTRE PERCEÇÃO DE SAÚDE E VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS

Neste capítulo vamos fazer uma análise inferencial. Efetuaremos comparação de contagens e proporções com recurso ao teste do *Qui-Quadrado*, que serve para verificar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica.

Como referimos no capítulo anterior, o primeiro aspeto referido pelos inquiridos como o mais importante na sua vida é a saúde (49,5%), seguido da família (45,4%), do trabalho (2,8%) e dinheiro (1,3%).

Quando cruzamos esta informação com a questão sobre a perceção da própria saúde, verificamos que dos que responderam ser a saúde o valor mais importante da vida, 88,9% consideram-se saudáveis. Para avaliar se a perceção de boa saúde depende do aspeto de vida considerado mais importante recorreu-se ao teste do *Qui-quadrado* de independência (Marôco J. , 2007). Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05 em todas as análises inferenciais. Esta análise permite afirmar que a perceção da consideração de uma pessoa saudável não é independente do aspeto de vida mais valorizado ( $\chi^2 = 16,423$ ;  $p = 0,01$ ;  $N=979$ )<sup>2</sup>.

Constatamos que os nossos respondentes se situam maioritariamente no escalão etário dos 18-30 anos (49,6%) e 31-43 (32,5%). Ao cruzarmos esta informação com a nossa variável dependente verificamos que, à medida que avançamos na idade, os nossos respondentes vão-se considerando indivíduos menos saudáveis, o que está em linha com o estudo de qualidade de vida realizado pela União Europeia em 2008 e que referimos logo no capítulo I, onde menos de 2% das pessoas com idade entre os 18-34 anos relataram má saúde, tendo o número aumentado para os que têm 65 anos ou mais. O mesmo se pode afirmar quando consideramos a faixa etária.

Utilizamos a mesma metodologia para avaliar se a perceção de se considerar uma pessoa saudável depende da faixa etária. Esta análise permite afirmar que a perceção da consideração de uma pessoa saudável não é independente da faixa etária ( $\chi^2 = 47,012$ ;  $p = 0,00$ ;  $N=985$ ). O mesmo não pode ser afirmado relativamente ao estado civil ( $\chi^2 = 5,795$ ;  $p =$

---

<sup>2</sup> Quadro na secção de Anexos.

0,122; N=980), corroborando o relatado por (Amaro, 2006)), e referido no capítulo I, relativamente às tendências identificadas nas sociedades contemporâneas ocidentais da valorização das escolhas amorosas ou do local de residência, o que determina o aumento das pessoas solteiras, homens e mulheres a viver sozinhos, aumento da coabitação e do número de divórcios. Quanto ao estado civil são os solteiros e os casados os que se consideram mais saudáveis. Opostamente são os separados e os viúvos os que se sentem com menos saúde.

O emprego e posição no mercado de trabalho são essenciais para a qualidade de vida. No que respeita à saúde, o facto de se considerarem uma pessoa saudável não é independente de exercer atividade profissional ( $\chi^2 = 13,831$ ;  $p = 0,00$ ;  $N=955$ ). No que respeita à questão “residem com alguém doente ou fisicamente incapacitado”, 5,9% dos respondentes, sendo um grupo que se afirma, também, por ser menos saudável.

Para avaliar se a percepção de se considerar uma pessoa saudável, depende da escolaridade recorreu-se ao teste do *Qui-quadrado* de independência como descrito em Maroco (2007). Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05 em todas as análises inferenciais. Esta análise permite afirmar que a percepção da consideração de uma pessoa saudável não é independente da escolaridade ( $\chi^2 = 56,749$ ;  $p = 0,00$ ;  $N=978$ )<sup>3</sup>. Também são os que têm menos estudos os que afirmam sentir-se pouco saudáveis. Em contraponto, os universitários são os que se consideram mais saudáveis.

Analizamos, de seguida, os restantes determinantes. No que concerne às condições habitacionais, uma vez que a adequação da habitação à saúde se havia mostrado a mais significativa no estudo de base procedemos ao seu cruzamento com a variável dependente “Considera-se uma pessoa saudável”, o que resultou num apuramento de resultado em que 92,3% dos que se consideram saudáveis considera a sua habitação adequada a uma boa saúde. Este facto não é uma grande surpresa, uma vez que as famílias inquiridas residem, maioritariamente, em concelhos urbanos, onde as condições mínimas habitacionais já se encontram, normalmente, garantidas.

As famílias em análise são compostas, em média, por 3 elementos e são estas as que se consideram mais saudáveis a par das de quatro elementos. Opostamente são os que vivem sozinhos ou com mais quatro elementos as que se dizem menos saudáveis. Já no capítulo I havíamos referido que o tamanho do agregado familiar tem influência na qualidade de vida reportada, pois aqueles que vivem com um parceiro e filhos têm normalmente mais satisfação com a vida e maior realização pessoal do que pessoas solteiras ou famílias monoparentais.

---

<sup>3</sup> Quadro na secção de anexos.

Avaliamos ainda se a percepção de se considerar uma pessoa saudável depende da adequação da habitação à saúde, ou do número de residentes no domicílio, resultando que a percepção da consideração de uma pessoa saudável não é independente da adequação da habitação à saúde ( $\chi^2 = 19,545$ ;  $p = 0,00$ ;  $N = 942$ )<sup>4</sup>, nem é independente do número de residentes no domicílio ( $\chi^2 = 20,815$ ;  $p = 0,008$ ;  $N = 933$ ).

**Tabela 8: Teste de Qui-Quadrado para a questão: " Considera-se uma pessoa saudável"**

Questão considerada	$\chi^2$	p	N	Estado
Aspecto da vida considerado mais importante	16,423	0,01	979	não independente
Faixa etária	47,012	0,01	985	não independente
Estado Civil	5,795	0,122	980	independente
Exercer actividade profissional	13,831	0,01	955	não independente
Escolaridade	56,749	0,01	978	não independente
Adequação da habitação à saúde	19,545	0,01	942	não independente
Nº de residentes no domicílio	20,815	0,008	933	não independente

Fonte: Elaboração Própria

Prosseguindo em torno das questões efetuadas, verificamos as condições de utilização e acesso aos serviços de saúde. Dos nossos respondentes cerca de 51,8% vai ao médico apenas quando está doente e destes 90,3% considera-se uma pessoa saudável. Ainda sobre esta dimensão mais de 91,7% afirma ter ido a uma consulta nos últimos 12 meses e destes mais de 90,6% considera-se, ainda assim, uma pessoa saudável. De referir aqui as conclusões de Mourão sobre a maior probabilidade das mulheres visitarem o médico, frequência ainda mais elevada para estratos de maior rendimento ou pertença a uma população inativa, vivencia em locais pequenos ou pertença a um grupo mais idoso (2011). No nosso estudo, através de um teste de *Qui Quadrado*, demonstrou-se que a decisão de ir ao médico quando se está doente ( $\chi^2 = 8,088$ ;  $p = 0,04$ ;  $N = 993$ ), visitar o médico de família ( $\chi^2 = 4,348$ ;  $p = 0,037$ ;  $N = 983$ ) ou ir a um especialista ( $\chi^2 = 8,201$ ;  $p = 0,04$ ;  $N = 963$ ) não é independente de estarmos perante um cidadão do género masculino ou feminino.

<sup>4</sup> Quadro na secção de anexos.

**Tabela 9: Resultado do teste de Qui-Quadrado para as questões assinaladas em função do Género**

Questão considerada	$\chi^2$	p	N	Estado
Vai ao médico quando está doente	8,088	0,04	993	não independente
Visitar o médico de família	4,348	0,037	983	não independente
Ir a um especialista	8,201	0,04	963	não independente

Fonte: Elaboração Própria

Segundo Mourão, por exemplo, como regra, as mulheres costumam gastar mais dinheiro em bens e serviços de saúde do que os homens (2011). Contribuindo para a explicação deste fenómeno está o facto de que, normalmente, as mulheres prestam mais atenção às questões de saúde do que os homens, bem como algumas tendências culturais que atribuem um maior grau de vulnerabilidade às mulheres que enfrentam problemas de saúde. Por outro lado, o género feminino tem um comportamento menos padronizado no acesso à saúde de bens e serviços, enquanto os homens geralmente seguem uma rotina de consultas médicas. Outro aspeto a ter em consideração é que as senhoras são, normalmente, mais recetivas à publicidade, assim como fatores idiossincráticos que levam a uma visita de programação mais irregular. Existe diversa literatura sobre as diferentes perceções entre homens e mulheres como os referidos por Jones (2009); Alan Guttmacher Institute (2003); OCDE (2006), o modelo de Andersen e Newman (citado por Dias-da-Costa, Gigante, Horta, Barros, & Victora, 2008) ou o Relatório Negro Inglês (Black Report, 1980).

Há ainda um vasto grupo de autores a estudar a questão de visitas a médicos e os determinantes a eles associados. Por exemplo, Boing et al. (2010) observaram que as mulheres, pessoas ricas, diabéticos, fumadores e ex-fumadores, bem como alcoólicos, recorrem aos médicos com mais frequência. Araújo e Leitão (2005), por outro lado, indicaram razões explicativas para a aversão do elemento do sexo masculino do casal para ver um médico. Dias da Costa et al. (2008), por sua vez, discutiram o uso de serviços de saúde num intervalo de adultos por meio da observação de motivações individuais. Sanchis-Bayarri Bernal et al. (2003) exploraram a questão de como anteriores visitas guiadas podem ser úteis na criação de um comportamento mais regular de frequência a consultas médicas especializadas.

Quanto ao cruzamento das idas ao médico em caso de doença e da visita ao consultório nos últimos doze meses com a questão sobre o facto de se considerar uma pessoa saudável, os testes de  $\chi^2$  demonstram a independência da primeira premissa e a não

independência da segunda, com os resultados ( $\chi^2 = 1,014$ ;  $p = 0,314$ ;  $N=975$ ) e ( $\chi^2 = 4,645$ ;  $p = 0,031$ ;  $N=974$ )<sup>5</sup> respetivamente.

**Tabela 10: Resultado do teste de *Qui-Quadrado* para as questões assinaladas em função de se considerar uma pessoa saudável**

Questão considerada	$\chi^2$	p	N	Estado
Vai ao médico só quando está doente	1,014	0,314	975	independente
Foi a alguma consulta médica nos últimos doze meses	4,645	0,031	974	não independente

Fonte: Elaboração Própria

Quanto às condições laborais, dos nossos inquiridos, apenas 37,7% referiu que nos últimos 5 anos a sua saúde e a dos seus familiares havia sido afetada pelas condições de trabalho. Assim, dos que exercem uma atividade laboral (66,7%) consideram-se pessoas saudáveis 93,7%. Nos restantes 33,3%, que não exercem uma atividade profissional fora de casa, esta percentagem desce para os 86,6%. Para avaliar se a perceção sobre se a atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde tendo em conta os aspetos laborais, recorreu-se ao teste do *Qui-quadrado* de independência (Marôco, 2007). Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05 em todas as análises inferenciais. Esta análise permite afirmar que esta mesma perceção é independente de o trabalhador laborar a partir do domicílio ( $\chi^2 = 1,996$ ;  $p = 0,161$ ;  $N=900$ ). O mesmo não se pode afirmar relativamente ao trabalho por turnos ( $\chi^2 = 4,678$ ;  $p = 0,031$ ;  $N=884$ ) e ao hábito de fazer horas extraordinárias ( $\chi^2 = 133,172$ ;  $p = 0$ ;  $N=875$ )<sup>6</sup>. Nestes dois casos a perceção de a atividade profissional exercer efeitos sobre a saúde depende destas variáveis.

**Tabela 11: Resultado do teste de *Qui-Quadrado* para as questões assinaladas em função de exercer atividade profissional**

Questão considerada	$\chi^2$	p	N	Estado
Trabalha no seu domicílio	1,996	0,16	900	independente
Trabalha por turnos	4,678	0,03	884	não independente
Costuma fazer horas extraordinárias	133,172	0,01	875	não independente

Fonte: Elaboração Própria

<sup>5</sup> Quadro na secção de anexos.

<sup>6</sup> Quadro na secção de anexos.

Sobre os comportamentos de socialização e lazer, ao cruzarmos esta variável com a variável dependente “Considera-se uma pessoa saudável?” verificamos que são os praticantes de atividade física os que se consideram mais saudáveis (94%). Quanto à segunda variável em análise “Tem filhos que residam consigo?” apenas 37% respondem de forma afirmativa e, destes, 87% consideram-se saudáveis. De recordar que segundo o estudo liderado por Hallal, Bauman e Heath (2012), 54,4 por cento das mulheres e 47,5 por cento dos homens portugueses com mais de 15 anos são fisicamente inativos. Também o “Estudo Sobre a Saúde em Portugal” referiu que 48% dos portugueses referem a prática de desporto como uma medida para melhorar a sua saúde (Cegedim, 2012). Quanto à independência das variáveis, os resultados ( $\chi^2 = 8,113$ ;  $p = 0,04$ ;  $N = 963$ ) demonstraram que não há independência entre considerar-se uma pessoa saudável e praticar exercício físico.

Para avaliar se a perceção de se considerar uma pessoa saudável depende de ter filhos a residir consigo recorreu-se ao teste do *Qui-quadrado* de independência como descrito em Marôco (2007). Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05 em todas as análises inferenciais. Esta análise permite afirmar que a perceção da consideração de uma pessoa saudável não é independente de ter filhos a residir consigo ( $\chi^2 = 11,552$ ;  $p = 0,01$ ;  $N = 921$ ).

Ao cruzarmos esta questão com a nossa variável dependente “Considera-se uma pessoa saudável”, verificamos que dos 47,3% que afirmaram fumar ou ter na sua família alguém que fume regularmente são mais de 91% os que se consideram pessoas saudáveis.

Para avaliar se a perceção de se considerar uma pessoa saudável depende dos hábitos tabágicos recorreu-se ao teste do *Qui-quadrado* de independência como descrito em Marôco (2007). Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05 em todas as análises inferenciais. Esta análise permite afirmar que a perceção da consideração de uma pessoa saudável não é independente dos hábitos tabágicos ( $\chi^2 = 7,793$ ;  $p = 0,099$ ;  $N = 979$ )<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Quadro na secção de anexos.

## CAPÍTULO VIII – ANÁLISE FATORIAL

Após esta análise inicial introduzimos todos os dados em simultâneo no *SPSS* e procedemos à análise fatorial. Esta é uma técnica de análise exploratória que tem como objetivo descobrir e analisar propriedades de um conjunto de variáveis inter-relacionadas e que permite construir uma escala de medida para fatores intrínsecos que, de alguma forma, controlam as variáveis originais, atribuindo um *score* (quantificação) a “constructos” ou fatores que não são diretamente observáveis (Marôco, 2007). O modelo estima os fatores *loadings* e as variâncias, de modo a que as covariâncias ou as correlações previstas pelo modelo estejam o mais próximo possível dos valores observados, em geral pelo método de extração das componentes principais ou pelo método de estimação da máxima verosimilhança. No nosso caso utilizamos a extração das componentes principais. O estudo da validade destes constructos levou-nos a optar por uma solução de 6 componentes que no seu conjunto explicam 47% da variância total. Esta alteração foi efetuada em coerência com a parte teórica, assim como com as dimensões analisadas, uma vez que do total das famílias inquiridas 93% afirma habitar uma casa adequada a uma boa saúde, tendo Portugal um perfil habitacional de país desenvolvido, o que levou a retirarmos as condições habitacionais da nossa análise neste capítulo. A consistência interna de cada componente foi medida com o  $\alpha$  de Cronbach (*citada por*: Marôco & Garcia-Marques, 2006). Para verificarmos e concluirmos pela viabilidade da análise, utilizamos a “medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin” e o “teste de esfericidade de Barthlet”. Segundo Marôco, existem vários métodos, mais ou menos heurísticos, que podem ser utilizados para avaliar a qualidade dos dados (2007). O método de utilização mais geral é a “medida da adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin*” proposta por Kaiser (1970) e Kaiser e Rice (1974). O KMO é uma medida da homogeneidade das variáveis, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. Apesar de não existir um teste rigoroso para os valores de KMO, de uma forma geral, estes podem ser adjetivados como na tabela seguinte.

**Tabela 12: Recomendação relativamente à análise factorial do valor de KMO**

Valor de KMO	Recomendação relativamente à AF
]0.9 – 1.0[	Excelente
]0.8 – 0.9[	Boa
]0.7 – 0.8[	Média
]0.6 – 0.7[	Medíocre
]0.5 – 0.6[	Mau mas ainda aceitável
<0,5[	Inaceitável

Fonte: Marôco, 2007

De acordo com a tabela 12, podemos observar que do conjunto dos itens dos questionários, se obteve uma solução factorial de 6 fatores. Para o processo de análise factorial foram seguidos os seguintes critérios:

- Remoção de itens com saturação factorial inferior a .4;
- Remoção de itens que removem em mais que um fator;
- Remoção de itens que não apresentam conteúdo semântico no fator que saturam.

Foi encontrada, assim, a seguinte solução factorial que explica 46.73% da variância total. Em termos de consistência interna, a mesma varia entre .45 e .63 nas respetivas subescalas ou fatores.

Tabela 13: Tabela de Solução Fatorial

Itens	Factores					
	1	2	3	4	5	6
Nos consultórios privados, os médicos são mais atenciosos	,776					
O Sistema de saúde privado responde mais rapidamente às necessidades da população do que os hospitais	,750					
Os centros de saúde são mais frequentados por pessoas com menores recursos económicos	,578					
A incapacidade de resposta dos centros de saúde conduz a um maior recurso às urgências hospitalares	,564					
O Hospital permite fazer todos os exames necessários e tal não acontece no centro de saúde	,437					
Exerce alguma actividade profissional?		,786				
Costuma fazer horas extraordinárias?		,708				
Considera que a sua actividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde?		,659				
É beneficiária(o) da segurança social ou outro regime similar?		,490				
O seu marido (esposa)/ cônjuge/companheiro(a) exerce alguma actividade profissional?		,482				
Fruta			,756			
Legumes Frescos			,660			
Água			,560			
Legumes Secos (feijão, grão...)			,510			
Productos Lácteos			,510			
Prefiro ir ao centro de saúde porque tenho lá o meu médico que me conhece e sabe quais os meus problemas				,822		
É muito importante ter um médico de família que nos segue toda a vida e conhece os nossos problemas				,731		
Foi a um médico de família?				,589		
A falta de vontade					,761	
Os hábitos e a rotina					,761	
Os gostos					,722	
Aconselha-se com o farmacêutico						,671
Recorre aos conselhos de outras pessoas (familiares, amigos ou vizinhos)						,660
Recorre à farmácia caseira, utilizando também os medicamentos que o médico receitou em situações anteriores						,638
% de variância específica	8,93%	8,63%	8,04%	7,69%	7,27%	6,16%
% de Variância total			46,73%			
Alpha de Cronbach	.64	.63	.55	.53	.45	.45
Alpha de Cronbach Total			.576			

Fonte: Elaboração Própria

Assim, obtiveram-se os seguintes fatores:

F1 – *Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde*

F2 – *Precariedade Laboral*

F3 – *Hábitos Alimentares*

F4 – *Comportamentos de Saúde Familiar*

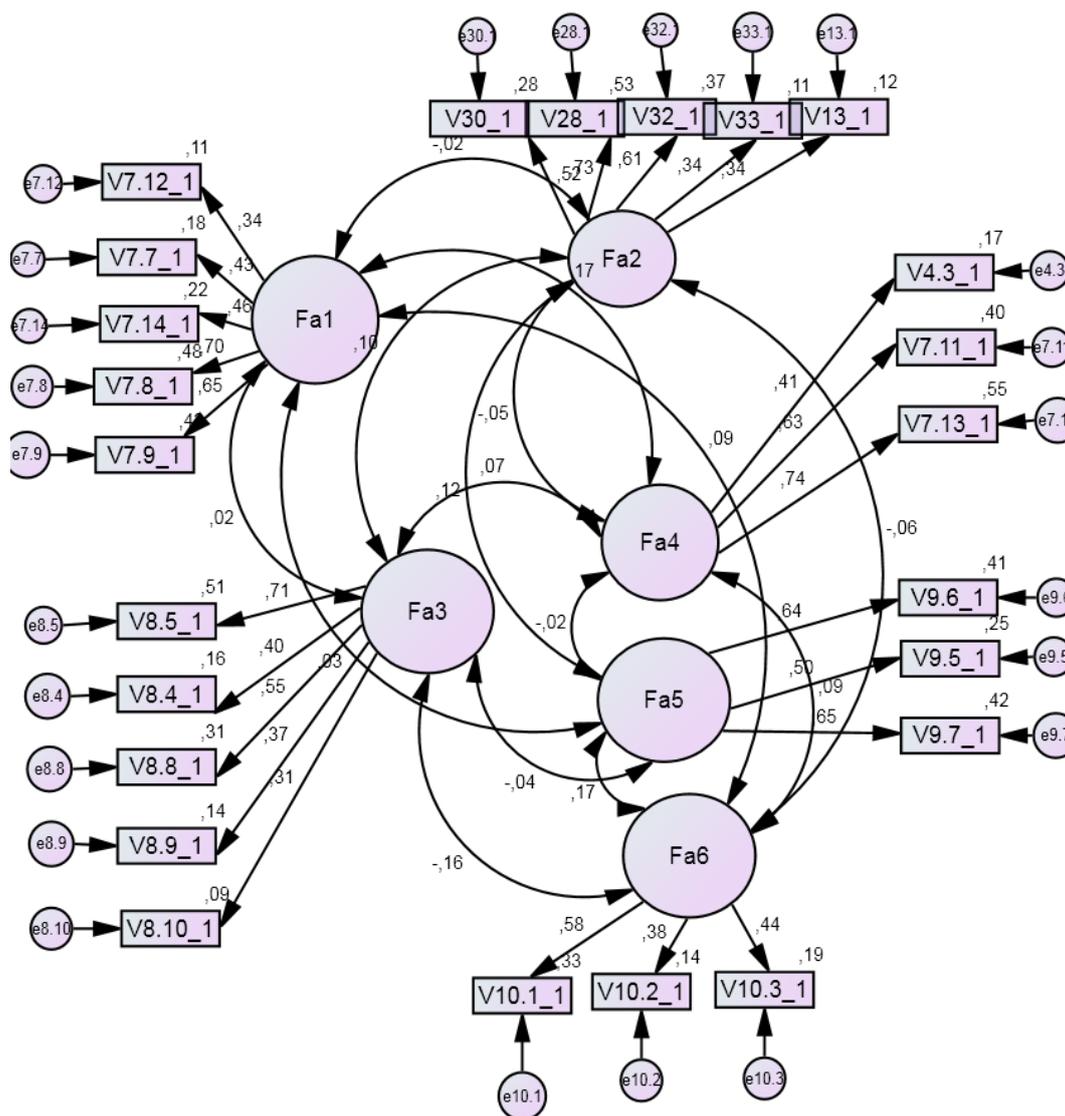
F5 – *Comportamentos Socioeconômicos*

F6 – *Educação e prevenção para a saúde*

## 8.1 Análise Fatorial Confirmatória

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC), no âmbito da AEE, é geralmente usada para avaliar a qualidade de ajustamento de um modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestas (Marôco, 2010). A validade fatorial dos determinantes apurados foi avaliada por intermédio de uma análise fatorial confirmatória com o *software AMOS* (v.19, *SPSS Inc*, Chicago, IL) como descrito em Marôco (2010). A fiabilidade compósita e a variância extraída média por cada fator foram avaliadas como descrito em Fornell & Larcker (1981). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis (D2) e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (sk) e curtose (ku) uni e multivariada. Nenhuma variável apresentou valores de Sk e Ku indicadores de violações severas à distribuição Normal ( $|Sk| < 3$  e  $|Ku| < 10$ , ver Marôco, 2010). A qualidade de ajustamento global do modelo fatorial foi feita de acordo com os índices e respetivos valores de referência descritos na Tabela 4.1 de Marôco (2010) a saber:  $\chi^2/df$ , CFI, GFI, RMSEA,  $P[rmsea \leq 0.05]$  e MECVI. A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. O ajustamento do modelo foi feito a partir dos índices de modificação (superiores a 11;  $p < 0.001$ ) produzidos pelo *AMOS* e com base em considerações teóricas.

A análise fatorial confirmatória revela um ajustamento menos bom tendo em conta os valores de CFI = .872. Apresenta, contudo, um bom ajustamento considerando os valores obtidos no GFI = .951 e RMSEA = .039.

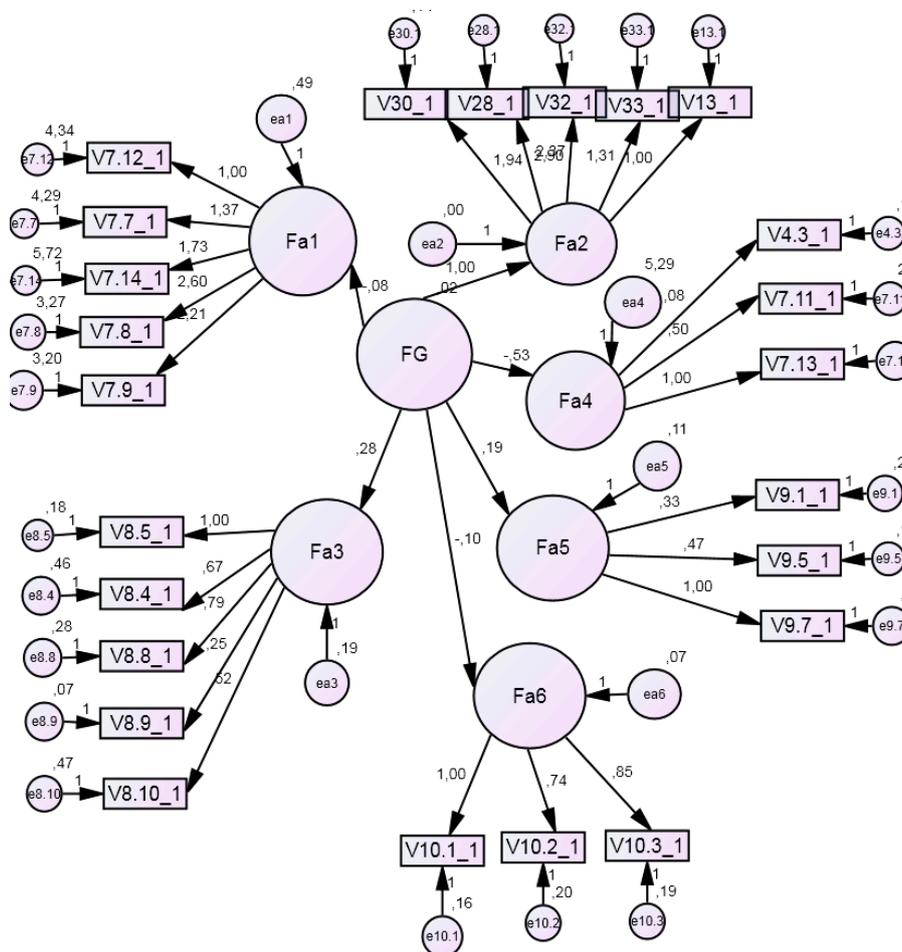


Fonte: Elaboração Própria

**Ilustração 48: Análise Fatorial Confirmatória**

Quanto ao modelo causal com variável latente, este foi avaliado em duas etapas (*two-step*) com o *software AMOS* (v.19, *SPSS Inc*, Chicago, IL) como descrito em Marôco (2010). A qualidade de ajustamento do modelo de medida (etapa 1) e do modelo causal (etapa 2) foi feita de acordo com os índices e respetivos valores de referência descritos na Tabela 4.1 de Marôco (2010) a saber:  $\chi^2/df$ , CFI, GFI, RMSEA,  $P[\text{rmsea} \leq 0.05]$  e MECVI. A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. A significância das trajetórias causais foi avaliada com um teste Z aos rácios críticos. Calculou-se ainda o RNFI (Mulaik, James, Van Alstine, & Stilwell, 1989) para avaliar a qualidade do modelo estrutural global. Consideraram-se significativas as trajetórias com  $p < 0.05$ .

Obteve-se assim um fator geral a partir dos 6 fatores extraídos, sendo possível verificar de acordo com os valores obtidos de CFI=.851, que é razoável. Porém em função dos valores de AGF=.948 e do RMSEA=.040 o modelo já apresenta um bom ajustamento.



Fonte: Elaboração Própria

Ilustração 49: Análise Fatorial - modelo causal com variável latente

Temos assim um fator latente de percepção global sobre os impactos gerados pelos restantes fatores sobre a própria saúde que designaremos por “obstáculos à saúde familiar”.

## 8.2 Comparação por Regiões e Distritos

Uma forma de avaliar diferenças entre grupos baseia-se na utilização de variáveis *dummy* num modelo causal (Marôco, 2010). Este tipo de modelos foi proposto por Joreskog e Goldberger (1975) sobre a designação de modelos MIMIC (Multiple Imputation and Multiple

Causes). Neste modelo, a variável que define os grupos que se quer comparar é codificada para que o grupo de referência tenha o valor “0” e o outro grupo tenha o valor “1”.

No caso da variável (fator) que define os grupos ter mais do que duas classes, por exemplo  $k$  classes, é necessário recodificá-las em  $k-1$  variáveis *dummy*.

O modelo MIMIC pode, então, escrever-se, de uma forma genérica, como Kaplan (2000):

$$\begin{aligned} Y &= \Lambda_y \eta + \varepsilon \\ \eta &= \Gamma x + \zeta \\ x &= I \xi + O \end{aligned}$$

Onde  $x$  é o vector da variável *dummy*,  $I$  é a matriz identidade e  $O$  é uma matriz de zeros que representa a matriz  $\Theta_\delta$  dos erros de  $x$ . Este modelo não precisa de nenhuma regra de identificação especial para além daquelas definidas anteriormente para os modelos de medida e a sua estimação procede de forma semelhante à estimação destes modelos (modelo detalhado em anexo).

De acordo com a tabela 14, verifica-se que existem diferenças significativas em função da região apenas em relação ao fator “*Hábitos Alimentares*” ( $F(4,1016)=2711.00$ ,  $p=.029$ ), “*Comportamentos de Saúde Familiar*” ( $F(4,1016)=5.354$ ,  $p=.001$ ) e o fator geral sobre os “*Obstáculos à Saúde Familiar*” ( $F(4,1016)=4.407$ ,  $p=0,002$ ). No caso dos “*Hábitos Alimentares*” os resultados obtidos são superiores na região do Algarve, comparativamente de acordo com o teste de Tukey, as regiões centro ( $p=.009$ ) e de Lisboa ( $p=.030$ ). No fator “*Comportamentos de Saúde Familiar*” igualmente na região do Algarve em comparação com a região Norte ( $p=.005$ ) e de Lisboa ( $p=.044$ ). Por último, nota-se resultados superiores no fator geral “*Obstáculos à Saúde Familiar*”, na região do Algarve comparativamente ao Norte ( $p=.001$ ), Centro ( $p=.025$ ) e Lisboa ( $p=.002$ ).

Quanto à dimensão do efeito ( $\eta^2$  parcial) as diferenças entre as médias, apesar de significativas, são muito pequenas.

Tabela 14: ANOVA - Comparação por região

		N	Média	Desvio Padrão	F	p
<i>“Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde”</i>	Norte	368,00	36,62	7,57	1,913	.106
	Centro	239,00	37,32	7,30		
	Lisboa	228,00	36,43	8,21		
	Alentejo	142,00	37,46	8,48		
	Algarve	44,00	39,52	6,93		
<i>“Precariedade Laboral”</i>	Norte	368,00	3,06	1,40	.415	.795
	Centro	239,00	3,02	1,46		
	Lisboa	228,00	3,07	1,35		
	Alentejo	142,00	3,20	1,39		
	Algarve	44,00	3,15	1,25		
<i>“Hábitos alimentares”</i>	Norte	368,00	23,14	1,94	2711,00	.029
	Centro	239,00	22,90	1,91		
	Lisboa	228,00	23,03	1,84		
	Alentejo	142,00	23,37	1,65		
	Algarve	44,00	23,69	1,15		
<i>“Comportamentos de saúde familiar”</i>	Norte	368,00	14,74	4,42	5354,00	.000
	Centro	239,00	15,67	4,29		
	Lisboa	228,00	15,24	4,15		
	Alentejo	142,00	16,39	4,13		
	Algarve	44,00	16,67	4,25		
<i>“Comportamentos Socioeconómicos”</i>	Norte	368,00	2,30	0,92	1084,00	.363
	Centro	239,00	2,29	0,92		
	Lisboa	228,00	2,23	0,97		
	Alentejo	142,00	2,12	1,05		
	Algarve	44,00	2,22	0,93		
<i>“Educação e prevenção para a saúde”</i>	Norte	368,00	1,41	0,96	2309,00	.056
	Centro	239,00	1,47	1,06		
	Lisboa	228,00	1,26	0,98		
	Alentejo	142,00	1,38	1,02		
	Algarve	44,00	1,10	0,94		
<i>“Obstáculos à saúde familiar”</i>	Norte	368,00	81,28	9,29	4407,00	.002
	Centro	239,00	82,68	9,76		
	Lisboa	228,00	81,26	10,66		
	Alentejo	142,00	83,92	11,21		
	Algarve	44,00	86,35	8,42		

Fonte: Elaboração Própria

No que se refere às diferenças por distrito as mesmas apresentam-se conforme se pode observar na tabela 15, no fator *“Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde”* ( $F(7,1003)=2.749$ ,  $p=.000$ ), *“Precariedade Laboral”* ( $F(17,1003)=3.489$ ,  $p=.000$ ), *“Hábitos Alimentares”* ( $F(17,1003)=1.837$ ,  $p=.020$ ), *“Comportamentos de Saúde Familiar”* ( $F(17,1003)=2.958$ ,  $p=.000$ ), *“Educação e Prevenção para a Saúde”* ( $F(17,1003)=2.250$ ,  $p=.003$ ) e no fator geral *“Obstáculos à Saúde Familiar”* ( $F(17,1003)=2.816$ ,  $p=.000$ ). Mais especificamente, os resultados de *“Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde”* são

superiores no distrito da Guarda, sendo a diferença significativa conforme o teste de Tukey relativamente ao distrito do Porto ( $p=.015$ ) e Leiria ( $p=.037$ ).

No fator “*Precariedade Laboral*” os resultados são superiores no distrito de Beja comparativamente aos distritos da Guarda ( $p=.005$ ) e Portalegre ( $p=.033$ ).

Ao nível do fator “*Hábitos Alimentares*” os resultados são mais elevados no distrito de Beja ainda que as diferenças não sejam significativas em relação aos restantes distritos. Porém o distrito da Guarda já apresenta resultados bem inferiores comparativamente a todos os restantes distritos com a exceção de Vila Real ( $p=.088$ ), Viseu ( $p=.139$ ), Santarém ( $p=.382$ ) e Portalegre ( $p=.084$ ).

Também no distrito de Beja se verificam resultados mais altos no fator “*Comportamentos de Saúde Familiar*”, sendo a superioridade significativa em relação a todos os restantes distritos excetuando Guarda ( $p=.914$ ), Castelo Branco ( $p=.304$ ), Santarém ( $p=.118$ ), Portalegre ( $p=.861$ ), Setúbal ( $p=.078$ ), Évora ( $p=.176$ ) e Faro ( $p=.418$ ).

Os resultados do fator “*Educação e Prevenção para a Saúde*” apresentam valores mais elevados no distrito da Guarda, sendo contudo a superioridade verificada significativa em relação ao distrito de Beja ( $p=.032$ ). Porém, por outro lado, o distrito de Portalegre apresenta os resultados mais baixos sendo a diferença verificada significativa relativamente apenas ao distrito de Leiria ( $p=.042$ ).

Por fim, em relação ao fator geral “*Obstáculos à Saúde Familiar*”, os resultados obtidos apresentam-se superiores no distrito da Guarda, sendo a diferença significativa em comparação unicamente com o distrito de Beja ( $p=.032$ ).

**Tabela 15: Comparação por Distrito**

		N	Média	Desvio Padrão	F	p
“ <i>Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde</i> ”	Viana do Castelo	31,00	36,03	8,25	2.749	.000
	Braga	69,00	36,16	8,10		
	Porto	145,00	35,83	7,66		
	Vila Real	50,00	39,52	6,87		
	Bragança	43,00	36,06	6,00		
	Aveiro	57,00	36,38	7,26		
	Viseu	37,00	39,12	6,96		
	Guarda	31,00	41,66	7,26		
	Coimbra	44,00	35,79	6,80		
	Castelo Branco	30,00	35,63	8,52		
	Leiria	46,00	35,27	6,32		
	Santarém	45,00	39,03	6,25		
	Portalegre	39,00	40,16	7,97		
	Lisboa	179,00	36,67	7,55		
	Setúbal	69,00	35,88	9,98		

	Évora	31,00	36,23	8,65		
	Beja	31,00	36,22	9,33		
	Faro	44,00	39,52	6,93		
<i>“Precariedade Laboral”</i>	Viana do Castelo	31,00	3,49	1,30	3.489	.000
	Braga	69,00	3,07	1,37		
	Porto	145,00	3,22	1,43		
	Vila Real	50,00	2,95	1,42		
	Bragança	43,00	2,23	1,17		
	Aveiro	57,00	3,12	1,35		
	Viseu	37,00	3,14	1,60		
	Guarda	31,00	2,56	1,47		
	Coimbra	44,00	2,76	1,56		
	Castelo Branco	30,00	3,74	1,24		
	Leiria	46,00	3,15	1,40		
	Santarém	45,00	3,02	1,22		
	Portalegre	39,00	2,43	1,64		
	Lisboa	179,00	3,01	1,37		
	Setúbal	69,00	3,31	1,30		
	Évora	31,00	3,37	1,00		
	Beja	31,00	3,90	1,02		
	Faro	44,00	3,15	1,25		
	<i>“Hábitos Alimentares”</i>	Viana do Castelo	31,00	23,48	1,69	1.837	.020
Braga		69,00	23,07	2,04		
Porto		145,00	23,25	1,80		
Vila Real		50,00	22,89	2,22		
Bragança		43,00	23,19	1,91		
Aveiro		57,00	23,20	1,86		
Viseu		37,00	22,84	2,18		
Guarda		31,00	22,18	2,58		
Coimbra		44,00	23,25	1,11		
Castelo Branco		30,00	23,10	1,24		
Leiria		46,00	23,11	1,25		
Santarém		45,00	22,55	2,71		
Portalegre		39,00	22,94	1,98		
Lisboa		179,00	22,89	1,93		
Setúbal		69,00	23,54	1,42		
Évora		31,00	23,36	1,43		
Beja		31,00	23,71	1,12		
Faro		44,00	23,69	1,15		
<i>“Comportamentos de Saúde Familiar”</i>		Viana do Castelo	31,00	16,50	4,02	2.958	.000
	Braga	69,00	14,43	4,94		
	Porto	145,00	14,26	4,10		
	Vila Real	50,00	15,36	5,02		
	Bragança	43,00	14,88	3,44		
	Aveiro	57,00	14,63	4,43		
	Viseu	37,00	15,27	4,10		
	Guarda	31,00	17,36	4,17		
	Coimbra	44,00	15,00	3,88		
	Castelo Branco	30,00	16,35	4,20		
	Leiria	46,00	15,30	3,84		
	Santarém	45,00	15,92	4,93		

	Portalegre	39,00	17,29	4,49		
	Lisboa	179,00	14,94	3,90		
	Setúbal	69,00	15,85	4,61		
	Évora	31,00	16,01	3,79		
	Beja	31,00	17,47	4,36		
	Faro	44,00	16,67	4,25		
<i>“Comportamentos Socioeconómicos”</i>	Viana do Castelo	31,00	2,31	0,86	1.330	.165
	Braga	69,00	2,40	0,90		
	Porto	145,00	2,31	0,91		
	Vila Real	50,00	2,22	1,02		
	Bragança	43,00	2,20	0,99		
	Aveiro	57,00	2,25	0,93		
	Viseu	37,00	2,36	0,85		
	Guarda	31,00	2,32	1,02		
	Coimbra	44,00	2,30	0,95		
	Castelo Branco	30,00	1,93	0,97		
	Leiria	46,00	2,51	0,83		
	Santarém	45,00	2,29	0,84		
	Portalegre	39,00	1,78	1,07		
	Lisboa	179,00	2,23	0,97		
	Setúbal	69,00	2,28	0,93		
	Évora	31,00	2,37	0,92		
	Beja	31,00	2,03	1,20		
	Faro	44,00	2,22	0,93		
<i>“Educação e prevenção para a saúde”</i>	Viana do Castelo	31,00	1,71	1,04	2.520	.003
	Braga	69,00	1,42	0,92		
	Porto	145,00	1,37	0,92		
	Vila Real	50,00	1,56	1,02		
	Bragança	43,00	1,33	1,02		
	Aveiro	57,00	1,14	0,90		
	Viseu	37,00	1,40	1,11		
	Guarda	31,00	1,77	1,02		
	Coimbra	44,00	1,57	1,16		
	Castelo Branco	30,00	1,27	1,17		
	Leiria	46,00	1,40	0,90		
	Santarém	45,00	1,59	1,07		
	Portalegre	39,00	1,44	1,06		
	Lisboa	179,00	1,34	0,97		
	Setúbal	69,00	1,14	1,02		
	Évora	31,00	1,72	0,95		
	Beja	31,00	0,86	0,82		
	Faro	44,00	1,10	0,94		
<i>“Obstáculos à saúde familiar”</i>	Viana do Castelo	31,00	83,53	9,11	2.816	.000
	Braga	69,00	80,56	9,20		
	Porto	145,00	80,24	9,33		
	Vila Real	50,00	84,51	9,60		
	Bragança	43,00	79,88	7,29		
	Aveiro	57,00	80,72	8,97		
	Viseu	37,00	84,14	10,18		
	Guarda	31,00	87,84	10,24		
	Coimbra	44,00	80,68	8,67		

	Castelo Branco	30,00	82,02	11,17		
	Leiria	46,00	80,74	9,26		
	Santarém	45,00	84,40	9,88		
	Portalegre	39,00	86,04	11,49		
	Lisboa	179,00	81,08	9,90		
	Setúbal	69,00	82,00	12,55		
	Évora	31,00	83,07	11,77		
	Beja	31,00	84,19	11,05		
	Faro	44,00	86,35	8,42		
	Total	1021,00	82,19	10,03		

Fonte: Elaboração Própria

Analisando a esperança média de vida por região, os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas ( $F(4,1016)=177.120$ ,  $p=.000$ ), assim como na EMVi, esperança média de vida à idade, ( $F(4,1016)=12.421$ ,  $p=.000$ ) e na projeção para o ano de 2050, EMV2050 ( $F(4, 1016)=177.969$ ,  $p=.000$ ).

Neste caso, os resultados obtidos na região Norte para a EMV, são superiores sendo de acordo com o teste Tukey relativamente a todas as outras regiões do país. Ao nível da EMVi os resultados revelam-se superiores, igualmente, na zona Norte, sendo a diferença verificada unicamente em relação à região do Alentejo ( $p=.000$ ) e Algarve ( $p=.000$ ).

Por fim quanto à EMV2050 esta também se apresenta superior na zona Norte, sendo a diferença verificada significativa em relação a todas as outras regiões.

**Tabela 16: EMV por região**

Esperança Média de Vida	Região	N	Média	Desvio Padrão	F	p
EMV	Norte	368	79,55	0,46	177.120	.000
	Centro	239	79,27	0,50		
	Lisboa	228	79,14	0,37		
	Alentejo	142	78,29	0,78		
	Algarve	44	78,66	0,00		
EMVi	Norte	368	51,72	10,36	12.421	.000
	Centro	239	49,16	11,09		
	Lisboa	228	49,60	10,54		
	Alentejo	142	44,68	14,25		
	Algarve	44	43,91	15,48		
EMV2050	Norte	368	82,02	0,46	177.969	.000
	Centro	239	81,75	0,48		
	Lisboa	228	81,62	0,40		
	Alentejo	142	80,75	0,80		
	Algarve	44	81,11	0,08		

Fonte: Elaboração Própria

Analisando os resultados obtidos por Distrito também se obtiveram diferenças significativas quer na EMV ( $F(17,1003)=9.864$ ,  $p=.000$ ), EMVi ( $F(17,1003)=10.978$ ,  $p=.000$ ) e na EMV2050 ( $F(17,1003)=3821.724$ ,  $p=.000$ ).

Ao nível da EMV nota-se resultados mais elevados no distrito de Braga, sendo as diferenças estatisticamente significativas relativamente ao verificado em todos os restantes distritos, de acordo com o teste de *Tukey*.

Também de acordo com o mesmo teste, podemos constatar que os resultados da EMVi são superiores no distrito de Bragança, sendo a superioridade significativa verificada unicamente em relação aos distritos de Vila Real ( $p=.005$ ), Castelo Branco ( $p=.000$ ), Santarém ( $p=.000$ ), Portalegre ( $p=.000$ ), Setúbal ( $p=.000$ ), Beja ( $p=.000$ ) e Faro ( $p=.000$ ). Por fim, quanto à EMV2050 os resultados são superiores no distrito de Braga, sendo a diferença significativa, também de acordo com o teste de *Tukey*, em relação a todos os restantes distritos do país.

Tabela 17: EMV por Distrito

Esperança Média de Vida	Distrito	N	Média	Desvio Padrão	F	p
EMV	Viana do Castelo	31,00	79,22	0,00	9.864	.000
	Braga	69,00	80,18	0,00		
	Porto	145,00	79,54	0,00		
	Vila Real	50,00	78,61	0,00		
	Bragança	43,00	79,81	0,00		
	Aveiro	57,00	79,72	0,00		
	Viseu	37,00	79,94	0,00		
	Guarda	31,00	78,90	0,00		
	Coimbra	44,00	79,69	0,00		
	Castelo Branco	30,00	78,51	0,00		
	Leiria	46,00	78,88	0,00		
	Santarém	45,00	79,14	0,00		
	Portalegre	39,00	78,11	0,00		
	Lisboa	179,00	79,34	0,00		
	Setúbal	69,00	78,43	0,00		
	Évora	31,00	79,10	0,00		
Beja	31,00	77,03	0,00			
Faro	44,00	78,66	0,00			
EMVi	Viana do Castelo	31,00	51,89	9,04	10.978	.000
	Braga	69,00	53,91	10,34		
	Porto	145,00	52,59	9,06		
	Vila Real	50,00	45,62	12,14		
	Bragança	43,00	54,90	8,01		
	Aveiro	57,00	51,29	11,12		
	Viseu	37,00	53,45	7,85		
	Guarda	31,00	47,18	10,58		
	Coimbra	44,00	52,86	10,56		
	Castelo Branco	30,00	40,50	12,95		
	Leiria	46,00	50,42	8,56		
	Santarém	45,00	41,86	12,29		
	Portalegre	39,00	43,64	15,79		
	Lisboa	179,00	51,29	8,94		
	Setúbal	69,00	44,96	13,42		
	Évora	31,00	52,47	9,67		
Beja	31,00	36,22	12,67			
Faro	44,00	43,91	15,48			
EMV2050	Viana do Castelo	31,00	81,67	0,08	3821.724	.000
	Braga	69,00	82,62	0,07		
	Porto	145,00	82,03	0,09		
	Vila Real	50,00	81,09	0,09		
	Bragança	43,00	82,30	0,09		
	Aveiro	57,00	82,17	0,08		
	Viseu	37,00	82,41	0,08		
	Guarda	31,00	81,39	0,09		
	Coimbra	44,00	82,14	0,08		
	Castelo Branco	30,00	81,02	0,08		
	Leiria	46,00	81,40	0,08		
	Santarém	45,00	81,63	0,09		
	Portalegre	39,00	80,56	0,08		
	Lisboa	179,00	81,82	0,09		
	Setúbal	69,00	80,87	0,07		
	Évora	31,00	81,58	0,09		
Beja	31,00	79,49	0,08			
Faro	44,00	81,11	0,08			

Fonte: Elaboração Própria

### 8.3 Análise de Regressão

No sentido de verificar de que modo os vários fatores são responsáveis pela percepção que os indivíduos têm da sua saúde e como influenciam a esperança média de vida, foram realizadas análises de regressão múltipla, tendo-se optado por dois tipos de soluções: uma com um modelo saturado definido por todas as variáveis independentemente da significância estatística de cada uma e um outro modelo, definido pelo método *stepwise* constituído apenas pelos fatores com poder preditivo significativo. Assim, na tabela 18, temos o modelo de regressão múltipla relativo à influência conjunta de todos os fatores na EMV. Este modelo apresenta-se estatisticamente significativo ( $F(6,1014)=8.553$ ,  $p=.000$ ), sendo contudo responsável por uma pequena percentagem da EMV (4.8%,  $R^2=.048$ ).

Ainda na mesma tabela podemos constatar que apenas os fatores “*Precariedade Laboral*” ( $t(1014)=-2.625$ ,  $p=.009$ ), “*Comportamentos de Saúde Familiar*” ( $t(1014)=-5.381$ ,  $p=.000$ ), “*Comportamentos Socioeconómicos*” ( $t(1014)=2.685$ ,  $p=.007$ ) são significativos.

Resumidamente a EMV é, de acordo com este modelo, explicada pela seguinte equação de regressão:

$$EMV = 79.809 - .002 \text{ “Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde”} - .038 \text{ “Precariedade Laboral”} - .009 \text{ “Hábitos Alimentares”} - .025 \text{ “Comportamentos de Saúde Familiar”} + .057 \text{ “Comportamentos Socioeconómicos”} + .039 \text{ “Educação e Prevenção para a Saúde”} + e$$

Esta equação diz-nos que a EMV tende a aumentar em média em função de uma diminuição de “*Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde*” de .002, de “*Precariedade Laboral*” de .038, de “*Hábitos Alimentares*” de .009, de “*Comportamentos de Saúde Familiar*” de .025 e a aumentar .057 devido a “*Comportamentos Socioeconómicos*” e .039 devido a “*Educação e Prevenção para a Saúde*”.

Tabela 18: Valores de regressão para EMV

Modelo (Método Enter)	B	t	p	Correlações			R <sup>2</sup>
				Zero-order	Partial	Part	
(Constant)	79,809	286,374	,000	-	-	-	.048
“Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde”	-,002	-,945	,345	-,055	-,030	-,029	
“Precariedade Laboral”	-,038	-2,625	,009	-,075	-,082	-,080	
“Hábitos alimentares”	-,009	-,843	,400	-,044	-,026	-,026	
“Comportamentos de saúde familiar”	-,025	-5,381	,000	-,172	-,167	-,165	
“Comportamentos Sócioeconômicos”	,057	2,685	,007	,083	,084	,082	
“Educação e prevenção para a saúde”	,039	1,914	,056	,061	,060	,059	

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com o método *stepwise* podemos verificar de acordo com o modelo em baixo ( $F(3,1017) = 15,279$ ,  $p = .000$ ) que a EMV é significativamente explicada apenas pelos fatores “Comportamentos de Saúde Familiar”, “Comportamentos Socioeconômicos” e “Precariedade Laboral”, todos eles com poder preditivo significativo, conforme podemos observar na tabela 19. Assim, verifica-se que os 3 fatores explicam 4.3% da variação da EMV sendo o fator “Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde” o responsável pela maior percentagem ( $R^2_{ch} = .030$ , 3%) e os restantes fatores por 0.7 % ( $R^2_{ch} = .007$ ) respetivamente. Assim, a EMV é explicada pela equação:

$$EMV = 79.566 - .026 \text{ “Comportamentos de saúde familiar”} - 0.039 \text{ “Precariedade Laboral”} + .060 \text{ “Comportamentos Socioeconômicos”} + e$$

Tabela 19: Valores para regressão EMV, método stepwise

Modelos (Método Stepwise)	B	t	p	Correlações			R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ch	
				Zero-order	Partial	Part			
1	(Constant)	79,581	1068,275	,000	-	-	-	.030	.030
	“Comportamentos de saúde familiar”	-,026	-5,570	,000	-,172	-,172	-,172		
2	(Constant)	79,453	896,719	,000	-	-	-	.036	.007
	“Comportamentos de saúde familiar”	-,026	-5,563	,000	-,172	-,172	-,171		
	“Comportamentos Socioeconômicos”	,056	2,636	,009	,083	,082	,081		
3	(Constant)	79,566	815,514	,000	-	-	-	.043	.007
	“Comportamentos de saúde familiar”	-,026	-5,609	,000	-,172	-,173	-,172		
	“Comportamentos Socioeconômicos”	,060	2,845	,005	,083	,089	,087		
	“Precariedade Laboral”	-,039	-2,729	,006	-,075	-,085	-,084		

Fonte: Elaboração Própria

Relativamente a EMVi (esperança média de vida à idade) e de acordo com a tabela 20, podemos observar que o modelo saturado com todos os fatores se apresenta significativo ( $F(6,1014)=26.249$ ,  $p=.000$ ) e explica 13.4 % ( $R^2_{ch}$ ) da variação total de EMVi. Apenas o fator “*Hábitos Alimentares*” não apresenta um efeito preditor significativo em EMV ( $t(1014)=-.486$ ,  $p=.627$ ). O Fator “*Precariedade Laboral*” é o responsável pela maior percentagem de variação de EMVi ( $r^2_{part}=-.207^2=.042$ , 4.2%).

Tabela 20: Valores para regressão EMVi

Modelo	B	t	Sig.	Correlações			R <sup>2</sup>
				Zero-order	Partial	Part	
(Constant)	67,054	14,086	,000	-	-	-	.134
“ <i>Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde</i> ”	-.233	-5,216	,000	-,174	-,162	-,152	
“ <i>Precariedade Laboral</i> ”	-1,746	-7,086	,000	-,202	-,217	-,207	
“ <i>Hábitos alimentares</i> ”	-.090	-,486	,627	-,048	-,015	-,014	
“ <i>Comportamentos de saúde familiar</i> ”	-.446	-5,536	,000	-,185	-,171	-,162	
“ <i>Comportamentos Socioeconómicos</i> ”	1,165	3,215	,001	,091	,100	,094	
“ <i>Educação e prevenção para a saúde</i> ”	1,884	5,456	,000	,158	,169	,159	

Fonte: Elaboração Própria

A partir da mesma tabela podemos, então, extrair a seguinte equação de regressão explicativa:

$$EMVi = 67.054 - .233 \text{ “Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde”} - 1.746 \text{ “Precariedade Laboral”} - .090 \text{ “Hábitos Alimentares”} - .446 \text{ “Comportamentos de Saúde Familiar”} + 1.165 \text{ “Comportamentos Socioeconómicos”} + 1.884 \text{ “Educação e Prevenção para a Saúde”} + e$$

Sendo assim a EMVI tende de acordo com este modelo a aumentar, em média, .233 pela diminuição de uma unidade de “*Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde*”, 1.746 devido a diminuição de “*Precariedade Laboral*”, .090 pela diminuição de “*Hábitos Alimentares*”. 446 pela diminuição de “*Comportamentos de Saúde Familiar*” e 1.165 pelo aumento de “*Comportamentos Socioeconómicos*” e 1.884 pelo aumento de “*Educação e Prevenção para a Saúde*”.

Já recorrendo ao método *stepwise* foi possível obter um modelo final estatisticamente significativo ( $F(5,1015)=31.475$ ,  $p=.000$ ) que explica um total de 13.4% do EMVi. De acordo com este modelo exposto na tabela 20, o fator “*Precariedade Laboral*” é o que explica maior percentagem de variação ( $R^2_{ch}=.041$ , 4.1%).

Tabela 21: Valores para Regressão EMVi, método stepwise

	Model	B	t	p	Correlações			R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ch
					Zero-order	Partial	Part		
1	(Constant)	54,558	62,774	,000				.041	.041
	“Precariedade Laboral”	-1,697	-6,598	,000	-,202	-,202	-,202		
2	(Constant)	62,418	40,949	,000				.076	.035
	“Precariedade Laboral”	-1,715	-6,788	,000	-,202	-,208	-,205		
	“Comportamentos De Saúde Familiar”	-,507	-6,223	,000	-,185	-,191	-,187		
3	(Constant)	60,008	38,320	,000				.103	.027
	“Precariedade Laboral”	-1,697	-6,811	,000	-,202	-,209	-,202		
	“Comportamentos de saúde familiar”	-,525	-6,522	,000	-,185	-,200	-,194		
	“Educação e prevenção para a saúde”	1,909	5,481	,000	,158	,169	,163		
4	(Constant)	67,289	32,100	,000				.125	.023
	“Precariedade Laboral”	-1,693	-6,880	,000	-,202	-,211	-,202		
	“Comportamentos de saúde familiar”	-,451	-5,590	,000	-,185	-,173	-,164		
	“Educação e prevenção para a saúde”	1,993	5,788	,000	,158	,179	,170		
	“Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde”	-,231	-5,146	,000	-,174	-,159	-,151		
5	(Constant)	65,006	29,489	,000				.134	.009
	“Precariedade Laboral”	-1,754	-7,140	,000	-,202	-,219	-,209		
	“Comportamentos de saúde familiar”	-,448	-5,572	,000	-,185	-,172	-,163		
	“Educação e prevenção para a saúde”	1,897	5,515	,000	,158	,171	,161		
	“Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde”	-,233	-5,213	,000	-,174	-,161	-,152		
	“Comportamentos Socioeconômicos”	1,164	3,213	,001	,091	,100	,094		

Fonte: Elaboração Própria

Foi assim obtida a seguinte equação de regressão:

$$EMVi = 65.006 - 1.754 \text{ "Precariedade Laboral"} - .448 \text{ "Comportamentos de Saúde Familiar"} + 1.897 \text{ "Educação e Prevenção para a Saúde"} - .233 \text{ "Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde"} + 1.164 \text{ "Comportamentos Socioeconômicos"} + e$$

Assim, a EMVI tende a aumentar em média 1.754 devido à diminuição do Fator “Precariedade Laboral”, a aumentar .448 pela diminuição de “Comportamentos de Saúde Familiar”, a aumentar 1.897 por cada aumento de “Educação e Prevenção para a Saúde”, aumentar .233 por cada diminuição de “Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde” e a aumentar 1.164 pelo aumento de uma unidade em “Comportamentos Socioeconômicos”.

Por fim também se realizou a regressão linear múltipla para prever o efeito dos vários fatores sobre a EMV em 2050. Os resultados obtidos pelo método *enter* revelam um

efeito conjunto dos vários fatores significativo ( $F(6,1014)=8.883$ ,  $p=.000$ ) que explica contudo apenas 5% da variação de EMV. O fator “*Comportamentos de Saúde Familiar*” é o responsável por uma maior variação ( $R^2_{part}=-.165^2=.027$ , 2.7%). Apenas os fatores “*Precariedade Laboral*” ( $t(1014)=-2.722$ ,  $p=.007$ ), “*Comportamentos de Saúde Familiar*” ( $t(1014)=-5.399$ ,  $p=.000$ ) e “*Comportamentos Socioeconômicos*” ( $t(1014)=2.684$ ,  $p=.007$ ) apresentam um efeito preditor significativo.

Tabela 22: Valores para regressão EMV2050, método enter

Modelo (Método Enter)	B	t	p	Correlações			R <sup>2</sup>
				Zero-order	Partial	Part	
(Constant)	82,408	293,461	,000	-	-	-	.050
“ <i>Dificuldade De Acesso Aos Cuidados De Saúde</i> ”	-,004	-1,332	,183	-,067	-,042	-,041	
“ <i>Precariedade Laboral</i> ”	-,040	-2,722	,007	-,079	-,085	-,083	
“ <i>Hábitos Alimentares</i> ”	-,012	-1,118	,264	-,052	-,035	-,034	
“ <i>Comportamentos De Saúde Familiar</i> ”	-,026	-5,399	,000	-,175	-,167	-,165	
“ <i>Comportamentos Socioeconômicos</i> ”	,057	2,684	,007	,081	,084	,082	
“ <i>Educação E Prevenção Para A Saúde</i> ”	,033	1,607	,108	,052	,050	,049	

Fonte: Elaboração Própria

A equação de regressão explicativa deste modelo seria então a seguinte:

$EMV2050=82.408 - .044$  “*Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde*” -  $.040$  “*Precariedade Laboral*” -  $.012$  “*Hábitos Alimentares*” -  $.026$  “*Comportamentos de Saúde Familiar*” +  $.057$  “*Comportamentos Socioeconômicos*” +  $.033$  “*Educação e Prevenção para a Saúde*” + e

Assim, de acordo com este modelo é previsível que a EMV2050 aumente .004 na média pela diminuição de uma unidade de “*Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde*”, aumente .040 pela diminuição de “*Precariedade Laboral*”, aumento .012 pela diminuição de “*Hábitos Alimentares*”, aumento .026 pela diminuição de “*Comportamentos de Saúde Familiar*” e aumento pelo aumento de “*Comportamentos Socioeconômicos*” .057 e pelo aumento de “*Educação e Prevenção para a Saúde*” .033.

Já através do método *stepwise* obtém-se um modelo igualmente com poder preditor significativo ( $F(3,1017)=15.828$ ,  $p=.000$ ), que explica contudo uma menor percentagem de variação de EMV em 2050 ( $R^2_{part}=.045$ , 4.5%). Neste modelo é o fator “*Comportamentos de Saúde Familiar*” o responsável pela maior % de variação ( $R^2_{ch}=.031$ , 3.1%).

Tabela 23: Valores para regressão EMV2050, método *stepwise*

Modelo (método <i>Stepwise</i> )	B	t	P	Correlações			R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ch	
				Zero-order	Partial	Part			
1	(Constant)	82,064	1092,903	,000	-	-	-	.031	.031
	“ <i>Comportamentos De Saúde Familiar</i> ”	-,027	-5,679	,000	-,175	-,175	-,175		
2	(Constant)	82,183	938,018	,000				.037	.007
	“ <i>Comportamentos De Saúde Familiar</i> ”	-,027	-5,725	,000	-,175	-,177	-,176		
	“ <i>Precariedade Laboral</i> ”	-,038	-2,624	,009	-,079	-,082	-,081		
3	(Constant)	82,056	834,544	,000				.045	.007
	“ <i>Comportamentos De Saúde Familiar</i> ”	-,027	-5,722	,000	-,175	-,177	-,175		
	“ <i>Precariedade Laboral</i> ”	-,041	-2,840	,005	-,079	-,089	-,087		
	“ <i>Comportamentos Socioeconômicos</i> ”	,060	2,809	,005	,081	,088	,086		

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com a tabela, o modelo de regressão obtido é explicado então pela seguinte equação:

$$\text{EMV2050} = 82.056 - .027 \text{ “Comportamentos de Saúde Familiar”} - .041 \text{ “Precariedade Laboral”} + .060 \text{ “Comportamentos Socioeconômicos”} + e$$

Significa assim que o EMV previsto em 2050 deverá aumentar em média .027 devido a diminuição de “*Comportamentos de Saúde Familiar*”, .041 também pela diminuição de “*Precariedade Laboral*” e por fim aumentar em .060 pelo aumento de “*Comportamentos Socioeconômicos*”.

Por fim foi realizada uma regressão linear simples com o intuito de verificar o efeito preditivo do fator geral de “*Obstáculos à Saúde Familiar*” sobre a esperança média de vida, tendo-se obtido um efeito significativo ( $F(1,1019)=15.180$ ,  $p=.000$ ) e que de acordo com a tabela 24, explica apenas 1.5% da variação de EMV ( $R^2=.015$ ).

Tabela 24: efeito preditivo do fator geral de percepção de saúde sobre a esperança média de vida

Modelo	B	t	p	Correlações			R <sup>2</sup>	
				Zero-order	Partial	Part		
1	(Constant)	79,829	476,771	,000	-	-	-	.015
	“ <i>Obstáculos à saúde familiar</i> ”	-,008	-3,896	,000	-,121	-,121	-,121	

Fonte: Elaboração Própria

A equação de regressão obtida é a seguinte:

$$\text{EMV} = 79.829 - .008 \text{ “Obstáculos à Saúde Familiar”} + e$$

Assim, podemos verificar, que a EMV tende a aumentar .008 em média por cada diminuição de “*Obstáculos à Saúde Familiar*”.

Ao nível de EMVi o modelo obtido apresenta-se significativo ( $F(1,1019) = 55.639$ ,  $p = .000$ ) e é responsável por apenas 5.2 % ( $R^2_{part} = .052$ ) da variação de EMVi.

**Tabela 25: efeito preditivo do fator geral de percepção de saúde sobre a esperança média de vida à idade**

Modelo	B	t	p	Correlações			R <sup>2</sup>	
				Zero-order	Partial	Part		
1	(Constant)	71,119	24,172	,000	-	-	-	.052
	“obstáculos à saúde familiar”	-.265	-7,459	,000	-.228	-.228	-.228	

Fonte: Elaboração Própria

A equação de regressão explicativa é então:

$$EMVi = 71.119 - .265 \text{ “Obstáculos à saúde familiar”} + e$$

Isto significa que a EMVI tende a aumentar em média .265 pelo aumento de “*Obstáculos à Saúde Familiar*”.

Por último obteve-se também um modelo de regressão significativo explicativo da influência de “*Obstáculos à Saúde Familiar*” no EMV em 2050, concluindo que o mesmo se apresenta significativo ( $F(1,1019) = 19.012$ ,  $p = .000$ ), sendo responsável pela variação de apenas 1.8 %.

**Tabela 26: Influência de FG no EMV em 2050**

Modelo	B	t	p	Correlações			R <sup>2</sup>	
				Zero-order	Partial	Part		
1	(Constant)	82,383	488,753	,000	-	-	-	.018
	“Obstáculos à saúde familiar”	-.009	-4,360	,000	-.135	-.135	-.135	

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com a tabela podemos definir a seguinte equação de regressão:

$$EMV_{2050} = 82.383 - .009 \text{ “obstáculos à saúde familiar”} + e$$

Assim por cada diminuição de uma unidade em “*Obstáculos à Saúde Familiar*” ocorre um aumento de .009 na EMV em 2050.



## CAPÍTULO IX – DA DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À INVESTIGAÇÃO FUTURA

Uma vez analisados e discutidos os resultados obtidos na parte empírica deste trabalho, será apresentada a discussão dos resultados do modelo proposto, algumas conclusões gerais do estudo e recomendações que, espera-se, possam contribuir para melhorar o conhecimento sobre o comportamento das famílias na gestão de saúde familiar e o seu impacto na qualidade de vida, esperança média de vida e desenvolvimento. São apresentadas também, algumas sugestões para futuras investigações, bem como as principais limitações encontradas neste estudo.

### 9.1. Discussão dos Resultados do Modelo Estrutural e das Hipóteses Testadas

O modelo estrutural final apresentou um ajustamento bom aos dados. Contudo a significância estatística e o ajustamento do modelo não são os objetivos finais da investigação académica, são apenas os meios para alcançar o fim que consiste em compreender melhor o assunto a ser investigado e descobrir novas relações. Os resultados desta pesquisa podem ser usados por académicos para explorar e testar relações causais no estudo da gestão da saúde familiar e o seu contributo para a qualidade de vida e a esperança média de vida. Neste sentido, as implicações dos resultados, para cada hipótese, são discutidas a seguir.

*Hipótese 1: “As dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde e que se verificaram nos 4 Concelhos em análise no estudo de base, manifestam-se também numa análise a nível de Portugal Continental.*

Definimos, logo no enquadramento da problemática, que a influência exercida na saúde por fatores sociais, como o rendimento, a educação, o envolvimento social, o saneamento, a qualidade ambiental e habitacional é um fenómeno amplamente reconhecido (Solar, & Irwin, 2010), sendo que esta tese utilizou como ponto de partida um trabalho anterior denominado: *O contributo (in)visível, gestão familiar dos cuidados de saúde* (Nogueira, & Leandro, 2010). Tivemos em consideração diversos aspetos e vários trabalhos que apontam a necessidade de abordar as complexas características a nível social, individual e

institucional dos DSS para entender melhor o uso de serviços de saúde pública. Como exemplos, citamos Doval, Borracci, Darú, Giorgi e Samarelli (2008), Albernaz e Victora (2003), Fernandez, Vasquez e Martinic (2010), Bos (2007) e Barata, Almeida, Montero e Silva (2007). Os determinantes sociais em saúde contemplam: a exclusão social, a pobreza, a posição socioeconómica, o rendimento, as políticas públicas, os serviços de saúde, a educação, a habitação, os transportes, os comportamentos ou estilos de vida e as redes de apoio da comunidade (Farrel, Macvoy, & Wilde, 2008). Quanto à hipótese no concreto, podemos confirmá-la através da análise descritiva e da posterior análise fatorial, onde obtivemos um valor do KMO e o teste de Bartlett para  $H_0: \Pi = I$  vs  $H_1: \Pi \neq I$ . Sendo o KMO = 0,7 a recomendação face à análise fatorial é boa. O teste de Esfericidade de Bartlett apresenta um  $p\text{-value} < 0.001$  e portanto rejeitamos  $H_0$  concluindo que as variáveis estão correlacionadas significativamente. Posteriormente, na análise fatorial, não sendo o alfa de Cronbach muito alto, nem o CFI (.872), temos valores excelentes para o GFI (.951) e RMSEA (.39). Pela análise descrita também ficou clara a sua presença. No caso das condições laborais, elas foram posteriormente retiradas em virtude da amostra representar uma boa parte de lares com internet, com um valor de adequação da habitação à saúde superior a 90%.

*Hipótese 2: As dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde têm alguma relação entre si. Existem relações cruzadas entre os determinantes que se manifestem em Portugal continental.*

Estas dimensões não são estanques. Pela análise teórica e pela agregação das dimensões por variância explicada que fizemos na parte prática intuímos que existe relação entre cada uma das variáveis que compõem novas dimensões. Existem vários determinantes que têm interação entre si. Por exemplo na relação entre condições habitacionais e socioeconómicas é evidente a interação, desde logo pela acessibilidade da habitação, que tem claras implicações para a saúde. Na alimentação em contexto laboral, estudos recentes demonstram a associação da satisfação no trabalho com uma melhor qualidade de vida, menos *stress* e menor prevalência de algumas doenças, como indicam autores como Schmidt (2008), Chamon (2006) ou Allman-Farinelli et al. (2010).

A relação entre os horários, as horas de trabalho excessivas e o estado de saúde têm sido objeto de muitas pesquisas há várias décadas, assim como o facto de se trabalhar em turnos ou em escalas fixas e mesmo a natureza das exigências do trabalho (Ko et al., 2007;

Patel, & Hu, 2008; Milia, & Mummery, 2009; Magee et al., 2011), tendo como resultado o risco aumentado de obesidade.

Na relação entre condições habitacionais, socioeconómicas e comportamentos de socialização e lazer, estes três fatores encontram-se frequentemente relacionados. Podemos até designar o seu conjunto por “Situação Familiar e Habitacional” (Antonucci, 2010; Peruzzo, 2008; Medvedovski, 2010). O exercício físico é outro fator que contribui para o combate e prevenção da obesidade (Nunes, Figueiroa, & Alves, 2007; Yee et al., 2006). Quanto à relação entre acesso e utilização dos serviços e prevenção e educação para a saúde, existe uma conexão entre estes determinantes que podemos classificar de “atuação perante a saúde (Leavell, & Clark, 1976; Veras et al., 2008; Hadley, & Holahan, 2004; Blumberg, 1980; Aday, & Andersen, 1984).

Tem sido dada muita importância à relação entre condições habitacionais e hábitos alimentares pelos investigadores de saúde pública para o alto relacionamento entre o ambiente habitacional e os hábitos alimentares e a sua relação com a saúde (Galster, 2008; Malizia, 2006; Booth et al., 2005).

*Hipótese 3: As condições manifestam-se de forma igual independentemente do Distrito ou região.*

Tal como referimos nos capítulos iniciais, este estudo tem como ponto de partida um trabalho anterior denominado: *O contributo (in)visível, gestão familiar dos cuidados de saúde e suas vertentes*. Desse trabalho resultou o estudo de base intitulado *Das Dimensões da Vida às (Des)igualdades Sociais Perante a Saúde: Quatro Concelhos Portugueses em Análise*, (Nogueira, & Leandro, 2010). Neste estudo foram analisados 4 concelhos, numa repartição entre litoral e interior, norte e sul.

No nosso caso, pretendemos uma análise a nível nacional, verificando as diferenças entre regiões e distritos. Uma forma de avaliar diferenças entre grupos baseia-se na utilização de variáveis *dummy* num modelo causal (Marôco, 2010). Neste modelo, a variável que define os grupos que se quer comparar é codificada para que o grupo de referência tenha o valor “0” e o outro grupo tenha o valor “1”.

De acordo com a tabela 14, verifica-se que existem diferenças significativas em função da região apenas em relação ao fator “*Hábitos Alimentares*” ( $F(4,1016)=2711.00$ ,  $p=.029$ ), “*Comportamentos de Saúde Familiar*” ( $F(4,1016)=5.354$ ,  $p=.001$ ) e o fator geral sobre os “*Obstáculos à Saúde Familiar*” ( $F(4,1016)=4.407$ ,  $p=.002$ ). No caso dos “*Hábitos*

*Alimentares*” os resultados obtidos são superiores na região do Algarve, comparativamente de acordo com o teste de Tukey, as regiões centro ( $p=.009$ ) e de Lisboa ( $p=.030$ ), no fator “*Comportamentos de Saúde Familiar*” igualmente na região do Algarve em comparação com a região Norte ( $p=.005$ ) e de Lisboa ( $p=.044$ ). Por último nota-se resultados superiores no Fator geral “*Obstáculos à Saúde Familiar*” na região do Algarve comparativamente ao Norte ( $p=.001$ ), Centro ( $p=.025$ ) e Lisboa ( $p=.002$ ).

No que se refere às diferenças por distrito as mesmas apresentam-se conforme se pode observar na tabela 15, no fator “*Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde*” ( $F(17,1003)=2.749$ ,  $p=.000$ ), “*Precariedade Laboral*” ( $F(17,1003)=3.489$ ,  $p=0.000$ ), “*Hábitos Alimentares*” ( $F(17,1003)=1.837$ ,  $p=.020$ ), “*Comportamentos de Saúde Familiar*” ( $F(17, 1003)=2.958$ ,  $p=.000$ ), “*Educação e Prevenção para a Saúde*” ( $F(17,1003)=2.250$ ,  $p=.003$ ) e no fator geral “*Obstáculos à Saúde Familiar*” ( $F(17,1003)=2.816$ ,  $p=.000$ ).

Mais especificamente os resultados de “*Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde*” são superiores no distrito da Guarda, sendo a diferença significativa conforme o teste de Tukey relativamente ao distrito do Porto ( $p=.015$ ) e Leiria ( $p=.037$ ).

No fator “*Precariedade Laboral*” os resultados são superiores no distrito de Beja comparativamente aos distritos da Guarda ( $p=.005$ ) e Portalegre ( $p=.033$ ).

Ao nível do fator “*Hábitos Alimentares*” os resultados são mais elevados no distrito de Beja ainda que as diferenças não sejam significativas em relação aos restantes distritos. Porém o distrito da Guarda já apresenta resultados bem inferiores comparativamente a todos os restantes distritos com a exceção dos distritos de Vila Real ( $p=.088$ ), Viseu ( $p=.139$ ), Santarém ( $p=.382$ ) e Portalegre ( $p=.084$ ).

Também no distrito de Beja se verificam resultados mais altos no fator “*Comportamentos de Saúde Familiar*”, sendo a superioridade significativa em relação a todos os restantes distritos excetuando o distrito da Guarda ( $p=.914$ ), de Castelo Branco ( $p=.304$ ), Santarém ( $p=.118$ ), Portalegre ( $p=.861$ ), Setúbal ( $p=.078$ ), Évora ( $p=.176$ ) e Faro ( $p=.418$ ).

Os resultados do fator “*Educação e Prevenção para a Saúde*” apresentam valores mais elevados no distrito da Guarda, sendo contudo a superioridade verificada significativa em relação ao distrito de Beja ( $p=.032$ ). Porém, por outro lado, o distrito de Portalegre apresenta os resultados mais baixos sendo a diferença verificada significativa relativamente apenas ao distrito de Leiria ( $p=.042$ ).

Por fim, em relação ao fator geral “*Obstáculos à Saúde Familiar*”, os resultados obtidos apresentam-se superiores no distrito da Guarda, sendo a diferença significativa em comparação unicamente com o distrito de Beja ( $p=.032$ ).

Analisando a esperança média de vida por região os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas na EMV ( $F(4,1016)=177.120$ ,  $p=.000$ ), EMVi ( $F(4,1016)=12.421$ ,  $p=.000$ ) e EMV2050 ( $F(4,1016)=177.969$ ,  $p=.000$ ).

Neste caso os resultados obtidos na região Norte para a EMV são superiores sendo de acordo com o teste Tukey relativamente a todas as outras regiões do país. Ao nível da EMVi os resultados revelam-se superiores igualmente na zona Norte, sendo a diferença verificada unicamente em relação à região do Alentejo ( $p=.000$ ) e Algarve ( $p=.000$ ).

Por fim quanto a EMV2050 esta também se apresenta superior na zona norte, sendo a diferença verificada significativa em relação a todas as outras regiões.

Analisando os resultados obtidos por Distrito também se obtiveram diferenças significativas quer na EMV ( $F(17,1003)=9.864$ ,  $p=.000$ ), EMVi ( $F(17,1003)=10.978$ ,  $p=.000$ ) e na EMV2050 ( $F(17,1003)=3821.724$ ,  $p=.000$ ).

Ao nível da EMV nota-se resultados mais elevados no distrito de Braga sendo as diferenças estatisticamente significativas relativamente ao verificado em todos os restantes distritos conforme o teste de Tukey.

Também de acordo com o mesmo teste, podemos constatar que os resultados do EMVi são superiores no distrito de Bragança sendo a superioridade verificada significativa unicamente em relação aos distritos de Vila Real ( $p=.005$ ), Castelo Branco ( $p=.000$ ), Santarém ( $p=.000$ ), Portalegre ( $p=.000$ ), Setúbal ( $p=.000$ ), Beja ( $p=.000$ ) e Faro ( $p=.000$ ). Por fim quanto a EMV2050 os resultados são superiores no distrito de Braga, sendo a diferença significativa, também de acordo com o teste de Tukey, em relação a todos os restantes distritos do país.

*Hipótese 4: A perceção de boa saúde depende do aspeto da vida considerado mais importante ou de outros aspetos como a idade, estado civil, atividade profissional, escolaridade, condições de habitação, número de residentes, hábitos tabágicos, ter filhos a residir ou ir ao médico com frequência.*

De acordo com Patrick et al., o estado de saúde, bem-estar e qualidade de vida relacionada com a saúde são conceitos que costumam ser usados sem muita exatidão e de forma alternada (2008). É necessário que se tenha uma medida da qualidade ou do nível de

saúde experimentado durante o tempo de vida, já que é preciso distinguir entre duas populações com mais ou menos a mesma longevidade, mas com estados de saúde profundamente diferentes, medidos em termos de diminuição da capacidade ou em termos de incapacidade (Bickenbach et al., 2008). Temos desta forma qualidade de vida como a satisfação de um indivíduo com todos os aspetos da vida, incluindo a saúde. Assim, a qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se não só à forma como as pessoas percebem o seu estado geral de saúde, mas também o quão físico, psicológico e socialmente estão na realização de suas atividades diárias (Toscano, & Oliveira, 2009).

Para avaliar se a percepção de boa saúde depende do aspeto de vida considerado mais importante recorreu-se atrás ao teste do *Qui-quadrado* de independência como descrito em Marôco (2007). Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05 em todas as análises inferenciais. Esta análise permite afirmar que a percepção da consideração de uma pessoa saudável não é independente do aspeto de vida mais valorizado ( $\chi^2 = 16,423$ ;  $p = 0,03$ ;  $N=979$ ). Em termos descritivos existe uma maior percentagem de pessoas que revelam não se considerarem saudáveis quando afirmam que para si o aspeto de vida mais importante é a saúde. A percepção da consideração de uma pessoa saudável não é independente do aspeto de vida mais valorizado ( $\chi^2 = 16,423$ ;  $p = 0,01$ ;  $N=979$ )<sup>8</sup>, nem independente da faixa etária ( $\chi^2 = 47,012$ ;  $p = 0,00$ ;  $N=985$ ). O mesmo sucede relativamente ao estado civil ( $\chi^2 = 5,795$ ;  $p = 0,122$ ;  $N=980$ ). A consideração de ser uma pessoa saudável não é independente de exercer atividade profissional ( $\chi^2 = 13,831$ ;  $p = 0,00$ ;  $N=955$ ). A percepção da consideração de uma pessoa saudável não é independente da escolaridade ( $\chi^2 = 56,749$ ;  $p = 0,00$ ;  $N=978$ )<sup>9</sup>. A consideração de uma pessoa saudável não é independente da adequação da habitação à saúde ( $\chi^2 = 19,545$ ;  $p = 0,00$ ;  $N=942$ )<sup>10</sup>, nem é independente do número de residentes no domicílio ( $\chi^2 = 20,815$ ;  $p = 0,008$ ;  $N=933$ ). A decisão de ir ao médico quando se está doente ( $\chi^2 = 8,088$ ;  $p = 0,04$ ;  $N=993$ ), visitar o médico de família ( $\chi^2 = 4,348$ ;  $p = 0,037$ ;  $N=983$ ) ou ir a um especialista ( $\chi^2 = 8,201$ ;  $p = 0,04$ ;  $N=963$ ) não é independente de estarmos perante um cidadão do género masculino ou feminino. Quanto ao cruzamento das idas ao médico em caso de doença e da visita ao consultório nos últimos doze meses com a questão sobre o facto de se considerar uma pessoa saudável, os testes de  $\chi^2$  demonstram a independência da primeira premissa e a não independência da segunda, com os resultados ( $\chi^2 = 1,014$ ;  $p = 0,314$ ;  $N=975$ ).

---

<sup>8</sup> Quadro na secção de anexos.

<sup>9</sup> Quadro na secção de anexos.

<sup>10</sup> Quadro na secção de anexos.

e ( $\chi^2 = 4,645$ ;  $p = 0,031$ ;  $N=974$ )<sup>11</sup>respetivamente. Quanto à independência das variáveis, os resultados ( $\chi^2 = 8,113$ ;  $p = 0,04$ ;  $N=963$ )<sup>12</sup> demonstraram que não há independência entre considerar-se uma pessoa saudável e praticar exercício físico. A percepção da consideração de uma pessoa saudável não é independente de ter filhos a residir consigo ( $\chi^2 = 11,552$ ;  $p = 0,01$ ;  $N=921$ ). A percepção da consideração de uma pessoa saudável não é independente dos hábitos tabágicos ( $\chi^2 = 7,793$ ;  $p = 0,099$ ;  $N=979$ ).

*Hipótese 5: Numa amostra a nível nacional existe a percepção que a atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde.*

A área do trabalho é onde muitas das influências importantes na saúde se desenrolam, o que inclui tanto as condições de trabalho como a natureza do trabalho em si (Marmot, & Wilkinson, 2006). Sabe-se que, na realidade, as consequências do trabalho no estado psicofisiológico não têm, normalmente, uma expressão imediata e linear e, embora acompanhem todo o ciclo de vida do indivíduo, manifestam-se frequentemente de forma diferida e singular, estabelecendo-se relações diversas e recíprocas com o trabalho que não são vividas da mesma maneira por todos os trabalhadores (Lacomblez, 2000). As condições de trabalho exercem um profundo impacto sobre a saúde dos trabalhadores (Muntaner, & Benach, 2007). Uma força de trabalho flexível é entendida como uma vantagem para a competitividade económica, mas traz consigo efeitos na saúde (Muntaner, & Benach, 2007). Os maus resultados de saúde mental são normalmente associados a emprego precário (por exemplo, contratos de trabalho não fixos, emprego sem contrato e trabalho em regime parcial) (Kim, 2006). O *stress* no trabalho está associado a um risco de aterosclerose coronária 50% superior (Kivimäki et al., 2006) e existem provas sólidas de que a combinação de elevados níveis de exigência, baixos níveis de controlo e baixa compensação pelo esforço desenvolvido são fatores de risco para problemas de saúde física e mental (Stansfeld, & Candy, 2006).

Para avaliar na nossa amostra se a percepção sobre se a atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde tendo em conta os aspetos laborais recorreu-se ao teste do *Qui-quadrado* de independência como descrito em Marôco (2007). Esta análise permite afirmar que esta mesma percepção é independente do trabalhador laborar a partir do domicílio ( $\chi^2 = 1,996$ ;  $p = 0,161$ ;  $N=900$ ). O mesmo não se pode afirmar relativamente ao trabalho por turnos ( $\chi^2 = 4,678$ ;  $p = 0,031$ ;  $N=884$ ) e ao hábito de fazer horas extraordinárias ( $\chi^2 = 133,172$ ;  $p = 0$ ;

<sup>11</sup> Quadro na secção de anexos.

<sup>12</sup> Quadro na secção de anexos.

N=875) <sup>13</sup>. Nestes dois casos a percepção de a atividade profissional exercer efeitos sobre a saúde depende destas variáveis.

*Hipótese 6: Há uma ligação clara entre as várias dimensões e a esperança média de vida. Existem condições mais determinantes do que outras, sendo possível a construção de uma regressão linear.*

A maioria dos países tem tido grandes ganhos na expectativa de vida nas últimas décadas, devido à melhoria nas condições de vida, intervenções de saúde pública e progressos no tratamento médico, o que também traz associado uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependência nas atividades da vida diárias (Sequeira, 2007). É também de realçar que importantes indicadores como a esperança de vida ao nascer, ou a taxa de mortalidade infantil são consequência do nível de atenção ao recém-nascido e refletem as condições gerais de vida da população, estando correlacionada, entre outras, com as condições habitacionais, abastecimento de água, saneamento e acesso ao sistema de saúde. A satisfação no trabalho tem sido um fator causador de importantes realizações por parte dos funcionários, melhor desempenho laboral, melhoria da saúde e aumento da expectativa de vida (Spector, 2005). O estado de saúde de uma população está diretamente relacionado com o modo de vida adotado. A relação entre a hierarquia socioprofissional e a longevidade encontra-se bem documentada em diversos estudos internacionais (Cockerham, 2008).

No nosso trabalho verificamos a relação com EMV, EMVi ou EMV2050. No sentido de verificar de que modo os vários fatores responsáveis pela percepção que os indivíduos têm da sua saúde, influencia a esperança média de vida, foram realizadas análises de regressão múltipla tendo-se optado por dois tipos de soluções: uma com um modelo saturado definido por todas as variáveis independentemente da significância estatística de cada uma e outro, definido pelo método *stepwise* constituído apenas pelos fatores com poder preditivo significativo. Assim na tabela 8, temos o modelo de regressão múltipla relativo à influência conjunta de todos os fatores na EMV. Este modelo apresenta-se estatisticamente significativo ( $F=8.553$ ,  $p=.000$ ), sendo contudo responsável por uma pequena percentagem da EMV ( $4.8\%$ ,  $R^2=.048$ ).

Ainda na mesma tabela podemos constatar que apenas os fatores “*Precariedade Laboral*” ( $t=-2.625$ ,  $p<.05$ ), “*Comportamentos de Saúde Familiar*” ( $t=-5.381$ ,  $p<.05$ ) e “*Comportamentos Socioeconómicos*” ( $t=2.685$ ,  $p<.05$ ), são significativos.

---

<sup>13</sup> Quadro na secção de anexos.

Resumidamente a EMV é de acordo com este modelo explicada pela seguinte equação de regressão:

$$EMV=79.809-.002 \text{ “Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde”} - .038 \text{ “Precariedade Laboral”} - .009 \text{ “Hábitos Alimentares”} - .025 \text{ “Comportamentos de Saúde Familiar”} + .057 \text{ “Comportamentos Socioeconómicos”} + .039 \text{ “Educação e Prevenção para a Saúde”} + e$$

De acordo com o método *stepwise* podemos verificar ( $F=26.249$ ,  $p=.000$ ) que a EMV é significativamente explicada apenas pelos fatores “*Comportamentos de Saúde Familiar*”, “*Comportamentos Socioeconómicos*” e “*Precariedade Laboral*”, todos eles com poder preditivo significativo. Assim a EMV é explicada pela equação:

$$EMV=79.566 -.026 \text{ “Comportamentos de Saúde Familiar”} -0.039 \text{ “Precariedade Laboral”} + .060 \text{ “Comportamentos Socioeconómicos”} + e$$

Relativamente a EMVi, esperança média de vida à idade o modelo saturado com todos os fatores apresenta-se significativo ( $F=26.249$ ,  $p=.000$ ) e explica 13.4 % ( $R^2_{ch}$ ) da variação total de EMVi. Podemos então extrair a seguinte equação de regressão explicativa:

$$EMVi=67.054 -.233 \text{ “Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde”} - 1.746 \text{ “Precariedade Laboral”} - .090 \text{ “Hábitos Alimentares”} - .446 \text{ “Comportamentos de Saúde Familiar”} + 1.165 \text{ “Comportamentos Socioeconómicos”} + 1.884 \text{ “Educação e Prevenção para a Saúde”} + e$$

Já recorrendo ao método *stepwise* foi possível obter um modelo final estatisticamente significativo ( $F=31.475$ ,  $p=.000$ ) que explica um total de 13.4% do EMVi. O fator “*Precariedade Laboral*” é o que explica maior percentagem de variação ( $R^2_{ch}=.041$ , 4.1%). Foi assim obtida a seguinte equação de regressão:

$$EMVi=65.006 -1.754 \text{ “Precariedade Laboral”} - .448 \text{ “Comportamentos de Saúde Familiar”} + 1.897 \text{ “Educação e Prevenção para a Saúde”} - .233 \text{ “Dificuldade de Acesso aos Cuidados de Saúde”} + 1.164 \text{ “Comportamentos Socioeconómicos”} + e$$

Por fim também se realizou a regressão linear múltipla para predizer o efeito dos vários fatores sobre a EMV em 2050. Os resultados obtidos pelo método *enter* revelam um efeito conjunto dos vários fatores significativo ( $F=8.883$ ,  $p=.000$ ) que explica contudo apenas 5% da variação de EMV. O fator “*Comportamentos de Saúde Familiar*” é o responsável por uma maior variação ( $R^2_{part}=-.165^2=.027$ , 2.7%). Apenas os fatores “*Precariedade Laboral*” ( $t=-2.722$ ,  $p<.05$ ), “*Comportamentos de Saúde Familiar*” ( $t=-5.399$ ,  $p<.05$ ) e

“*Comportamentos Socioeconômicos*” ( $t=2.684$ ,  $p<.05$ ) apresentam um efeito preditor significativo. A equação de regressão explicativa deste modelo seria então a seguinte:

$$EMV_{2050} = 82.408 - .044 \text{ “Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde”} - .040 \text{ “Precariedade Laboral”} - .012 \text{ “Hábitos alimentares”} - .026 \text{ “Comportamentos de saúde familiar”} + .057 \text{ “Comportamentos Socioeconômicos”} + .033 \text{ “Educação e prevenção para a saúde”} + e$$

De acordo com a tabela, o modelo de regressão obtido é explicado então pela seguinte equação:

$$EMV_{2050} = 82.056 - .027 \text{ “Comportamentos de saúde familiar”} - .041 \text{ “Precariedade Laboral”} + .060 \text{ “Comportamentos Socioeconômicos”} + e$$

*Hipótese 7: Existe um fator geral oriundo das características destes mesmos determinantes.*

Dada a complexidade do conceito de saúde, a tarefa de o medir também não é simples. A Direção Geral de Saúde considera que existem várias áreas prioritárias de investigação em serviços de saúde, nomeadamente no *estudo das percepções e da satisfação do cidadão em relação aos serviços de saúde, ao acesso à informação e ao desempenho dos sistemas de reclamação* (DGS, 2004).

É comum a ideia que o conceito de satisfação é de difícil operacionalização por se tratar de um conceito de natureza multidimensional (satisfação com quê?). Segundo Ribeiro (2003) “o grau de satisfação dos sujeitos pode ser influenciado por múltiplos aspetos relacionados com as características e os atributos dos indivíduos, com as suas experiências anteriores, com variáveis de contexto e com as expectativas dos sujeitos sobre as diferentes dimensões da satisfação.

Assim, de acordo com a ilustração 49, temos um fator latente de percepção global sobre os impactos gerados pelos restantes fatores sobre a própria saúde que designaremos por “*Obstáculos à Saúde Familiar*”. Este fator geral foi obtido a partir dos 6 fatores extraídos, sendo possível verificar, de acordo com os valores obtidos de  $CFI=.851$  que é razoável. Porém, em função dos valores de  $AGF=.948$  e do  $RMSEA=.040$  o modelo já apresenta um bom ajustamento.

Na análise de regressão linear simples com o intuito de verificar o efeito preditivo do fator geral de “*Obstáculos à Saúde Familiar*” sobre a esperança média de vida, obtêm-se um

efeito significativo ( $F=15.180$ ,  $p=.000$ ) e que explica apenas 1.5% da variação de EMV ( $R^2=.015$ ).

**Tabela 27: Efeito preditivo do fator geral de percepção de saúde sobre a esperança média de vida**

Modelo	B	t	p	Correlações			R <sup>2</sup>	
				Zero-order	Partial	Part		
1	(Constant)	79,829	476,771	,000	-	-	-	.015
	“Obstáculos à saúde familiar”	-.008	-3,896	,000	-,121	-,121	-,121	

Fonte: Elaboração Própria

A equação de regressão obtida é a seguinte:

$$EMV = 79.829 - .008 \text{“obstáculos à saúde familiar”} + e$$

Assim podemos verificar que a EMV tende a aumentar .008 em média por cada diminuição de “*Obstáculos à Saúde Familiar*”.

Ao nível de EMVi o modelo obtido apresenta-se significativo ( $F=55.639$ ,  $p=.000$ ) e é responsável por apenas 5.2 % ( $R^2_{part}=.052$ ) da variação de EMVi.

**Tabela 28: efeito preditivo do fator geral de percepção de saúde sobre a esperança média de vida à idade**

Modelo	B	t	p	Correlações			R <sup>2</sup>	
				Zero-order	Partial	Part		
1	(Constant)	71,119	24,172	,000	-	-	-	.052
	“Obstáculos à saúde familiar”	-.265	-7,459	,000	-,228	-,228	-,228	

Fonte: Elaboração Própria

A equação de regressão explicativa é então:

$$EMVi = 71.119 - .265 \text{“Obstáculos à Saúde Familiar”} + e$$

Isto significa que a EMVI tende a aumentar em média .265 pelo aumento de “*Obstáculos à Saúde Familiar*”.

Por último, obteve-se também um modelo de regressão significativo explicativo da influência de “*Obstáculos à Saúde Familiar*” na EMV em 2050, concluindo que o mesmo se apresenta significativo ( $F=19.012$ ,  $p=.000$ ), sendo responsável pela variação de apenas 1.8 %.

Tabela 29: Influência de FG no EMV em 2050

Modelo	B	t	p	Correlações			R <sup>2</sup>	
				Zero-order	Partial	Part		
1	(Constant)	82,383	488,753	,000	-	-	-	.018
	“Obstáculos à saúde familiar”	-.009	-4,360	,000	-.135	-.135	-.135	

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com a tabela podemos definir a seguinte equação de regressão:

$$EMV_{2050} = 82.383 - .009 \text{ “obstáculos à saúde familiar”} + e$$

Assim, por cada diminuição de uma unidade em “*Obstáculos à Saúde Familiar*” ocorre um aumento de .009 na EMV em 2050.

## 9.2. Sumário dos Resultados do Estudo e Principais Contribuições

O presente estudo representa uma investigação sobre o comportamento das famílias na gestão da saúde verificando, assim, a contribuição da gestão da saúde familiar para a esperança média de vida e o seu papel no desenvolvimento local, com as suas complexas relações causais tendo por objetivo responder às oito questões seguintes de investigação. As primeiras são relacionadas com as dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde e que se manifestaram no estudo de base, pretendendo verificar se também estarão presentes numa análise a nível de Portugal Continental, verificando a relação destas componentes da vida entre si e a forma como se manifestam geograficamente. Assim, as quatro primeiras questões são:

Q1: Será que as dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde e que se verificaram nos 4 Concelhos em análise no estudo de base, se manifestam também numa análise a nível de Portugal Continental?

Q2: Será que as dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde, nomeadamente os Determinantes Sociais de Saúde, têm alguma relação entre si?

Q3: Será que existem relações entre os determinantes que se verifiquem e manifestem numa análise em Portugal continental?

Q4: Será que as condições se manifestam de forma igual independentemente do distrito ou região?

Existe uma grande complexidade associada ao conceito de saúde, o que dificulta a sua medição. Dos diversos campos de análise a Direção Geral de Saúde prioriza as relacionadas com o estudo das perceções dos cidadãos (DGS, 2004). Assim, colocamos as seguintes questões:

Q5: Será que a perceção do estado de saúde depende do aspeto da vida considerado mais importante, ou de outros aspetos como a idade, estado civil, atividade profissional, escolaridade, condições de habitação, número de residentes, hábitos tabágicos, ter filhos a residir ou ir ao médico com frequência?

Q6: Será que numa amostra a nível nacional existe a perceção que a atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde?

É consensual que existe uma relação entre Determinantes Sociais da Saúde (DSS), e a situação de saúde (Barata et al., 2007; Doval et al., 2008). É também verdade que um grande número de países aumentou dramaticamente a Esperança Média de Vida nos últimos anos devido à melhoria das condições de vida, de saúde pública e avanços na medicina (Sequeira, 2007). Encarando a complexa relação entre saúde e desenvolvimento (Gadelha et al., 2011) questionamos neste trabalho:

Q7: Será que existe uma ligação clara entre as várias dimensões e a esperança média de vida. Será que se verifica uma regressão linear?

Questionamos também sobre a existência de um fator único capaz de mensurar parte destas dimensões. Assim:

Q8: Será que existe um único fator, geral, oriundo das características destes mesmos determinantes, capaz de as aglutinar e ter capacidade explicativa?

São estas as principais questões a que procuraremos responder.

Como mencionado no capítulo II, com base na revisão de literatura parece existir uma conceção clara sobre a saúde e família, qualidade de vida e esperança média de vida, sendo a saúde sob o ponto de vista socioeconómico, um barómetro fundamental para avaliação do nível de desenvolvimento. A preocupação acerca da temática da qualidade em serviços de saúde tem sido, nos últimos anos, uma prioridade. Quanto à qualidade de vida, um olhar mais a lupa sobre o nosso país, mostra um retrato comparativo que mostra os portugueses

insatisfeitos, desconfiados e inseguros. Quanto à esperança média de vida, Portugal, tal como a maioria dos países tem tido grandes ganhos na expectativa de vida nas últimas décadas, devido à melhoria nas condições de vida, das intervenções de saúde pública e dos progressos no tratamento médico. Através do recurso a pesquisa bibliográfica e análise, procuramos abordar a ligação entre saúde e família. A família possui um sistema de crenças e de práticas que lhe permitem integrar tarefas multivariadas no âmbito da promoção da saúde. A saúde passou a ser aprendida dentro das famílias, cujas crenças, valores e padrões de comportamento de saúde são formados e passados às gerações futuras.

No capítulo III, olhamos para os DSS. O modelo aqui desenvolvido, parte da análise dos determinantes invisíveis da saúde familiar, passando para o contributo que a gestão dos mesmos pode ter no aumento da qualidade de vida e da esperança média de vida. Com base nos dados recolhidos de 1021 inquiridos concluímos que, no geral, os resultados confirmaram as hipóteses colocadas. As questões de partida foram respondidas de forma cabal e aprofundada.

Em termos de comportamento da amostra, sobre qual o aspeto da vida mais importante, o primeiro aspeto referido pelos inquiridos é a saúde (49,5%), seguido da família (45,4%), do trabalho (2,8%) e do dinheiro (1,3%). Os nossos respondentes consideram-se, maioritariamente, pessoas saudáveis pois responderam de forma afirmativa em 91,3% à questão “Considera-se uma pessoa saudável?”. No que concerne à atividade profissional, 65% da amostra exerce ativamente uma profissão. Do total das famílias inquiridas 93% afirma habitar uma casa adequada a uma boa saúde. As famílias em análise são compostas em média por 3 elementos. O número de divisões é em média superior a 7 divisões. A moda é 5. O número mínimo do agregado familiar é de 1 elemento e o máximo de 9. No entanto, em média o agregado familiar é composto por 3 elementos (desvio padrão de 1,3). Residem com alguém doente ou fisicamente incapacitado 5,9% dos respondentes. Dos nossos respondentes cerca de 51,8% vai ao médico apenas quando está doente. Ainda sobre esta dimensão mais de 91,7% afirma ter ido a uma consulta nos últimos 12 meses, sendo que o fizeram principalmente por motivos de prevenção e de doença. A maioria (64,8%) não fez uso de um serviço de urgência. Quanto à variável “Tipo de Médico Procurado”, surge-nos em primeiro lugar a procura de um médico de família e não de um médico especialista como no estudo anterior, o que pode denotar uma alteração de comportamento no tempo. Dos que foram a pelo menos uma consulta nos últimos 12 meses, 35,2% foi a um serviço de urgência, 64,6% foram a um médico de família, 60,5% foi a um consultório de dentista e 48,5% a outro

médico especialista. Dos que responderam positivamente sobre a ida a consulta com outro médico especialista, aparecem em primeiro lugar o Ginecologista (26%) e o Oftalmologista (15,5%), porventura devido à informação e prevenção nestas áreas.

Nos “Motivos da Procura”, a maior percentagem deve-se a acidentes, pedidos de receitas e baixas médicas. Nesta análise é-nos ainda dado a conhecer o fato destas famílias procurarem, simultaneamente, ajuda nas medicinas populares ou alternativas. A questão seguinte também esteve relacionada com acesso aos serviços de saúde. Registamos assim uma concordância total, com valores acima dos 50%, para a importância de ouvir uma segunda opinião em relação a atos médicos em caso de doença grave e para a necessidade de ter um médico de família. Os inquiridos consideram fundamental seguir rigorosamente o que o médico prescreve, têm gosto por aproveitar o momento presente e o que de melhor a vida oferece. Em caso de urgência preferem ir ao Hospital do que ao Centro de Saúde, porque em primeiro lugar, têm a possibilidade de efetuar de imediato todos os exames necessários, em segundo têm uma maior perceção de capacidade de resposta por parte dos hospitais. Quanto a “Chá e caldos de galinha nunca fizeram mal a ninguém” ou medicinas alternativas ou populares, verificamos alguma concordância, ainda que os portugueses de hoje estão mais informados, consultam o médico e averiguam sobre as doenças que contraem ou a medicação que é prescrita na *internet*, em livros, etc. Os inquiridos parecem também concordar que o sistema de saúde privado responde mais rapidamente às necessidades da população do que os hospitais e que os médicos são mais atenciosos nos consultórios privados. O motivo pelo qual não recorrem mais frequentemente ao privado deve-se ao maior custo destas consultas. Por último, foram referidas mais respostas de discordância para a afirmação de que os centros de saúde são mais frequentados por pessoas de menores recursos económicos e para a preferência em deslocar-se ao centro de saúde devido à presença de um médico pessoal e que melhor conhece o historial clínico.

Dos nossos inquiridos apenas 37,7% referiu que nos últimos 5 anos a sua saúde e a dos seus familiares havia sido afetada pelas condições de trabalho. A maioria dos inquiridos que exerce atividade profissional (65,1%), considera que a mesma pode exercer efeitos sobre a saúde (68,1%) e é beneficiária da Segurança Social ou outro regime (64,4%). São poucos os inquiridos que trabalham no seu domicílio (17,7%), por turnos (10,8%), ou que faltaram ao trabalho por motivo de saúde (22,7%) ou para cuidar de algum familiar doente (12,7%). Existem 374 respostas positivas às horas extraordinárias (41,4%), o item com respostas mais divididas deste bloco.

Quanto à prática da atividade física 58,2% das respostas foram afirmativas. Numa análise aos hábitos do cônjuge e filhos, 58% afirmaram serem casados ou viverem em união de facto, sendo que em 69% destes casos, o cônjuge exerce uma atividade profissional.

Uma boa parte (37,2%) dos respondentes afirmaram terem filhos a residir no respetivo domicílio.

Quanto a hábitos alimentares, como alimentos ingeridos *diariamente* temos acima dos 80% a água (96,8%), os produtos lácteos e o pão (83,8%). Com percentagens também elevadas registamos a fruta (77,9%) a carne (69,4%) e os legumes (64,2%). Registrando um consumo predominantemente semanal temos os alimentos açucarados (40,1%), os legumes secos (56,9%), o peixe (53%) e os fritos (51,6%). Destes, os legumes secos e o peixe têm como segunda maior percentagem de resposta a indicação de consumo diário (30,5% e 41% respetivamente). Já os fritos apresentam também números elevados de consumo para *mensalmente* e *raramente* (21,6% e 21,9% respetivamente). Os alimentos açucarados apresentam como segundas categorias, *diariamente* com 25,4%. Destaque também para alimentos *raramente* consumidos como os pratos pré-cozinhados (pizas, congelados, etc) (51,1%), sumos refrigerantes (36,6%), produtos macrobióticos (38,7%) e produtos exclusivamente vegetarianos (43,4%). Quanto aos impedimentos para uma alimentação sadia, foram identificados como os maiores impedimentos os hábitos e a rotina, os gostos, a falta de tempo e a falta de vontade. Também houve bastantes inquiridos, ainda que não a maioria, a referir o preço e o tipo de alimentos habitualmente disponíveis. Inquirimos sobre se nos últimos 5 anos, a própria saúde e a dos seus familiares foi afetada pelos ritmos de vida quotidiana, pelas doenças de familiares ou pelas condições de trabalho. As respostas dividiram-se, no entanto o item mais referido foi os “Ritmos de Vida Quotidiana” (46,5%), o *stress* relacionado com a doença de familiares (43,6%) e as condições de trabalho (37,7%). Depois, um novo bloco sobre prevenção e educação para a saúde, onde inquirimos sobre as ações efetuadas quando um membro da família fica doente. Das respostas recolhidas concluímos que a maioria aconselha-se com o farmacêutico ou vai imediatamente ao médico. Com percentagens acima dos 40% temos o recurso à farmácia caseira, utilizando também os medicamentos que o médico receitou em situações anteriores. Não existe muita gente a recorrer aos conselhos de outras pessoas (familiares, amigos ou vizinhos) e apenas um grupo muito restrito afirma recorrer às medicinas alternativas.

Deste grupo de questões fazia ainda parte a questão “Fuma ou há na sua família alguém que fume regularmente?” que foi tratado de forma isolada. Responderam que “*Não*” a

esta questão 52,3% dos nossos inquiridos. A maioria dos inquiridos reportou o seu estado de saúde como *Bom*, tendo os restantes apresentado uma repartição de forma semelhante entre “*Muito Bom*” e “*Razoável*”, registando-se pequenas percentagens para “*Mau*” (1,9%) e “*Muito Mau*” (0,3%).

Concluimos que o facto de se considerar uma pessoa saudável não é independente da idade, atividade profissional, escolaridade, condições de habitação, número de residentes, ter filhos a residir, praticar exercício físico, hábitos tabágicos, visitar o médico de família ou um especialista. Não está relacionado, é independente, com o estado civil ou com as idas ao médico quando está doente. Note-se a propósito que a maioria dos inquiridos reportou níveis de saúde tidos como razoáveis, bons ou muito bons. A maioria vai ao médico por doença ou prevenção, procurando um médico de família e não um médico especialista, o que parece ser uma tendência recente. A maioria dos inquiridos exercem uma atividade profissional que consideram poder ter efeitos sobre a saúde e é beneficiária da Segurança Social. Em caso de doença própria ou de familiar a maioria das pessoas aconselha-se com o farmacêutico ou vai imediatamente ao médico. Sobre a perceção sobre se a atividade profissional pode ter efeitos sobre a saúde, verificamos que a mesma não é independente do trabalho ser exercido por turnos ou existirem horas extraordinárias. É independente de trabalhar a partir do domicílio

Depois de uma análise fatorial consistente identificando um conjunto de fatores com importância sobre a gestão de saúde familiar, definimos apropriadamente os seguintes componentes: “*Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde*”; “*Precariedade Laboral*”; “*Hábitos Alimentares*”; “*Comportamentos de Saúde Familiar*”; “*Comportamentos Socioeconómicos*”; “*Educação e prevenção para a saúde*”, assim como um fator geral deles resultante que denominamos por “obstáculos à saúde familiar”. Posteriormente agrupamos por Distrito, verificando as diferenças entre eles.

Finalmente estimamos uma regressão linear onde verificamos que os fatores mais importantes para explicar a esperança média de vida e a sua previsível evolução para 2050. A ferramenta agora apresentada pode servir de base a futuras investigações.

### 9.3. Implicações para os Agentes

Os resultados deste estudo têm implicações importantes.

Ao nível da sociedade em geral vimos a saúde como um estado de bem-estar que permite ao indivíduo realizar o seu potencial, ser ativo e produtivo, contribuindo para o

desenvolvimento pessoal e da comunidade (Shah, & Beinecke, 2009), destacando-se o controlo da saúde pelas populações, sendo a mesma entendida como recurso individual e coletivo (Silva, 2008). A implicação ao nível da esperança média de vida também é clara, na medida em que a maioria dos países tem tido grandes ganhos neste indicador nas últimas décadas devido à melhoria nas condições de vida, de saúde pública e progressos no tratamento médico (Sequeira, 2007).

Também com impacto para a comunidade temos os resultados do nosso modelo de investigação, que conecta com os estudos do desenvolvimento através da esperança média de vida, pois constitui uma vertente base e mensurável do Índice de Desenvolvimento Humano. Verificamos a relação com EMV, EMVi ou EMV2050, constituindo uma relação linear por meio de regressão.

Outro impacto relevante está relacionado com a perceção de saúde que avaliamos através do teste do *Qui-quadrado* de independência como descrito em Marôco (2007). Esta análise permitiu afirmar que a perceção da consideração de uma pessoa saudável não é independente do aspeto de vida mais valorizado, da faixa etária, do estado civil, de exercer atividade profissional, da escolaridade, da adequação da habitação à saúde, do número de residentes no domicílio nem de praticar exercício físico, nem de ter filhos a residir consigo, nem dos hábitos tabágicos. Também ficou claro que a atividade profissional não é independente de trabalhar por turnos ou fazer horas extraordinárias.

Ao nível da família, esta possui um sistema de crenças e de práticas sobre a saúde e a doença que lhe permitem integrar diferentes tarefas no âmbito da promoção da saúde (2003) e bem-estar (Hanson, 2005), ajudando o indivíduo a desenvolver-se como ser individual, social e cultural, a adquirir hábitos e estilos de vida saudáveis, a dar um sentido aos acontecimentos de vida e a construir um sentimento de pertença (Ramos, & Ferreira, 2004), sendo que a falta e/ou inadequação de cuidados por parte da família aos seus membros é responsável por muitas carências e perturbações que afetam a saúde dos mesmos (Ramos, & Ferreira, 2004).

Ao nível dos profissionais, em Portugal, são conhecidas as limitações e necessidades, nomeadamente a crónica carência de recursos humanos, como médicos (Pisco, 2003; Santos et al., 2007) e enfermeiros de família, entre outros profissionais. (Santos et al., 2008).

As implicações dos determinantes sociais de saúde, nos serviços de saúde pública são também evidentes (Doval et al., 2008; Albernaz, & Victora, 2003; Fernandez, Vasquez, & Martinic, 2010; Bos, 2007; Barata et al., 2007). Existe também um impacto das intervenções nos DSS diminuindo as desigualdades relacionadas com a estratificação social, visando

fortalecer a coesão e ampliar o “capital social” das comunidades vulneráveis, promovendo a participação social (CSDH, 2006).

Na perspectiva do utente é fundamental que este perceçione a qualidade (Pereira L. F., 2003), excelência, efetividade e eficiência dos serviços. (Florentim, 2006), sendo que a satisfação com os cuidados de saúde altera-se consoante o indivíduo e depende de vários fatores como o referencial socioeducativo e cultural, a personalidade, o estado de saúde e a idade, entre outros (Lee, & Yom, 2006), com impacto na sua qualidade de vida (Toscano & Oliveira, 2009).

Assim, é possível agir sobre a saúde incidindo em variáveis críticas e que têm impacto relevante sobre a perceção da saúde e sobre a ligação à esperança média de vida, indicador de desenvolvimento. É possível também trabalhar de forma diferenciada ao nível dos determinantes e também ao nível dos distritos.

Em termos de implicações na intervenção em saúde, e enquadrando com a atual situação económica, constatamos que a definição de prioridades é essencial. A forma como uma crise socioeconómica afeta a saúde depende essencialmente da proteção social à partida e da qualidade das respostas (Stuckler, 2011; Mladovsky, 2011; McKee, 2011).

O SNS é o sistema de saúde mais usado pelos portugueses, havendo boa perceção por parte da população, que reporta como maior receio para o futuro a perda de qualidade do SNS (Cegedim, 2012). Mas está a procurar-se levar a cabo medidas de racionalização das despesas e de contenção de custos na prestação de cuidados de saúde que podem por em causa esta situação.

Afirma-se no programa de Governo o objetivo de continuar a melhorar a qualidade e o acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde, num sistema universal, equitativo, tendencialmente gratuito, assim como aperfeiçoar o sistema de preços e de revisão do sistema de comparticipação de medicamentos, garantindo uma gestão eficiente e dinâmica dos recursos, redefinindo o modelo de avaliação dos medicamentos para efeitos da sua comparticipação pelo Estado, sem descurar os cidadãos mais desprotegidos (Presidência do Concelho de Ministros, 2010).

Mas depois a confrontação com a realidade é diferente. Vimos atrás que o estado de saúde de um grupo populacional num território é definido não só pelos problemas e necessidades em saúde, mas também pelas respostas sociais a essas adversidades, pelo que ao pretender alterar situações de injustiça social e territorial é necessário identificar as barreiras no acesso à saúde, e seus cuidados, que os grupos mais vulneráveis têm que enfrentar,

principalmente os que estão expostos à pobreza, exclusão social ou isolamento geográfico (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

O relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde alertava para dificuldades no acesso da população aos cuidados de saúde, referindo que “não se atende suficientemente às dificuldades e necessidades crescentes de uma população em empobrecimento” (2012).

Os indicadores que sucessivamente vão sendo conhecidos mostram um abaixamento significativo das consultas e de tratamentos providenciados devido às dificuldades económicas de muitas pessoas, conjugadas com o aumento dos custos dos serviços e das taxas moderadoras (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012), com as consequências de um risco de "racionamentos implícito" nos serviços públicos de saúde que inibam a “prestação de cuidados de saúde necessários” ou a "existência de claros sinais relativos à diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes, associada ao seu empobrecimento” (Cegedim, 2012).

Estão previstos e há enfoque na conclusão dos trabalhos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, como pilar fundamental da reforma do sistema de saúde, orientado para a qualidade clínica, a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em perspetiva os objetivos de ganhos de saúde da população com programas nacionais e integrados, assim como garantir a cobertura dos cuidados primários, assegurando o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos, minimizando as atuais assimetrias de acesso e cobertura de natureza regional ou social e apostando na prevenção.

Constatamos assim a valorização dos determinantes da saúde, mas na prática deparamo-nos com menor investimento nos cuidados de saúde, menos recursos, menos profissionais, gerindo-se a saúde numa perspetiva demasiado empresarial, olhando apenas na dimensão métrica, de mercado, obliterando muitas das suas especificidades.

A perceção sobre o trabalho de Enfermeiros, Farmacêuticos e Médicos é positiva (Cegedim, 2012), mas persiste um défice de contratação e motivação sobretudo em geografias mais periféricas.

Quanto à relação entre os determinantes e as várias áreas, vemos a vontade de iniciativas de base intersectorial, designadamente com a Educação, Segurança Social, Ambiente e Autarquias, com maior proximidade à população.

Quanto ao objetivo de qualidade, temos a acreditação dos serviços do SNS, fortalecendo a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas instituições, fomentando uma

cultura de melhoria da qualidade e de segurança. Mas estas intenções são incompatíveis com cortes draconianos no sistema de saúde.

Outro aspeto central é o objetivo de desenvolvimento regional. Pretendemos a sua concretização, mas encerramos os serviços de saúde ignorando as implicações na população e nos territórios.

Temos assim um foco nos números, nos *outputs*, mas não valorizamos os *outcomes*. Assumimos como objetivo a busca de maior qualidade de vida e bem-estar, mas depois queremos os resultados somente em números. É o foco no *output* (resultados), ignorando o *outcome* (consequências de se ter alcançado ou não esse resultado), ou seja, para onde nos leva cada uma das alternativas. É pois fundamental olharmos para o *outcome* das nossas ações e não apenas para os múltiplos *outputs* que podemos escolher à medida de cada momento. É a isto que se chama sustentabilidade, isto é, manter um *outcome* sustentável e equilibrado com resultados consistentemente bons. É este o equilíbrio que precisamos para contornar a nossa tendência em constantemente apresentar *outputs*, que de pouco servem, se o sistema não for cada vez mais eficiente, mas focado no serviço dos cidadãos, das famílias e das comunidades.

#### 9.4. Limitações do Estudo

Apesar do presente estudo fornecer contribuições significativas, quer do ponto de vista teórico, quer do ponto de vista prático, apresenta também algumas limitações que serão descritas a seguir.

A verificação dessas limitações poderá guiar futuros investigadores a contornar essas limitações.

Como todos os instrumentos de recolha de informação, o questionário apresenta uma série de vantagens, mas também de inconvenientes na sua utilização que é necessário ter em conta.

A estruturação rígida do instrumento de pesquisa de dados diminui a riqueza e profundidade do conteúdo da informação recolhida; no caso dos questionários com perguntas fechadas, como o nosso, que facilitam a categorização das respostas. No entanto, estas questões são mais superficiais. Em contrapartida, as perguntas abertas suscitam dificuldades de classificação. O método das entrevistas é preferível em termos de qualidade da informação obtida e de taxa de resposta.

Outra limitação resulta das desvantagens em termos de custos e de limitação de tempo para realizar as entrevistas. Recorremos assim a amostragem, para assegurar dados representativos.

Devemos também referenciar que a amostra se revelou um pouco jovem. Isto deve ser considerado em pesquisas futuras até por permitir análises comparativas. Sabemos de antemão que a realização de entrevistas a toda a população nos permitiria, indubitavelmente, obter resultados mais conclusivos. A distribuição de boa parte dos inquiridos pela *Internet* limita um pouco o estrato de população abordado. A taxa de resposta de pode ser melhorada em estudos futuros. A consistência do questionário pode ser melhorada para a análise fatorial

Outras limitações são as inerentes ao estudo de um tema assaz complexo, como os determinantes sociais de saúde, ou o desenvolvimento. Estas temáticas devem ser estudadas, monitorizadas e aprofundadas permanentemente.

Outra limitação deriva de trabalharmos com projeções, no caso da estimativa da EMV em 2050, sendo que teremos sempre que colocar uma margem de erro para a sua efetivação ou não no futuro.

## **9.5. Futuras Linhas de Investigação**

As considerações acerca das potencialidades desta pesquisa e a discussão das suas limitações levam a algumas sugestões para pesquisas futuras.

Em primeiro lugar é possível e desejável abordar em termos comparativos vendo a evolução da amostra ao longo do tempo. O questionário pode ainda ser mais aprimorado no sentido de ficar de resposta fácil e ainda mais significativa, podendo ser utilizado de forma repetida, por exemplo, como barómetro, monitorizando uma dada população ao longo do tempo, permitindo até a intervenção sobre a mesma, no sentido de melhorar os aspetos da vida considerados.

Vimos que as dimensões encontradas na literatura sobre as várias componentes da vida que podem contribuir de forma direta ou indireta para o conceito mais lato de saúde e que se haviam verificado nos quatro concelhos em análise no estudo de base, também se manifestaram numa análise a nível de Portugal Continental. No entanto, o ajustamento do modelo pode sempre ser melhorado e quanto mais estudos existirem, melhor será a compreensão do fenómeno.

Desta forma podemos ver a evolução dos comportamentos que se alteraram como as idas ao médico de família (por exemplo), tentando saber se é uma mudança conjuntural ou estrutural.

Podemos também aplicar o inquérito com outra ponderação a nível etário, comparando estratos de população diversos.

Em segundo lugar, também podemos alargar o âmbito do estudo procurando incorporar os efeitos da insularidade por exemplo, caso incidamos sobre Portugal Continental ou compararmos com países de outras latitudes. Neste estudo verificamos a unidade geográfica do Distrito ou região. Podemos estender por exemplo a concelhos, áreas metropolitanas ou comunidades intermunicipais.

Outra questão reside na explicação de situações, como as referidas atrás, em que temos um aumento repentino de taxas de mortalidade que apenas parece ser possível explicar por estas determinantes invisíveis da saúde. Aprimorar o estudo, tendo em consideração diferentes períodos de crise ou expansão económica parece-me adequado.

A forma como uma crise socioeconómica afeta a saúde depende essencialmente da proteção social à partida e da qualidade das respostas (Stuckler, 2011; Mladovsky, 2011; McKee, 2011). No entanto, o actual período é particularmente crítico e único, pelo que deve ser explorado no sentido de percerbermos ao máximo a totalidade dos efeitos que uma crise económica pode desencadear.

Por exemplo, os indicadores que sucessivamente vão sendo conhecidos mostram um abaixamento significativo das consultas e de tratamentos providenciados devido às dificuldades económicas de muitas pessoas, conjugadas com o aumento dos custos dos serviços e das taxas moderadoras (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012), com as consequências de um risco de "acionamento implícito" nos serviços públicos de saúde que inibam a "prestação de cuidados de saúde necessários" ou a "existência de claros sinais relativos à diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes, associada ao seu empobrecimento" (Cegedim, 2012). É importante estudar e intervir sobre estes fenómenos, salvaguardando as populações.

Os estudos sobre a perceção devem continuar a ser prioritários. Na perspetiva do utente é fundamental a continuação dos estudos relacionados com este tema (Pereira, 2003), no sentido da excelência, efetividade e eficiência dos serviços. (Florentim, 2006). Desta forma é possível agir sobre a saúde incidindo em variáveis críticas e que têm impacto relevante

sobre a percepção da saúde e sobre a ligação à esperança média de vida, ou outro indicador de desenvolvimento.

Constatamos que há uma ligação clara entre as várias dimensões e a esperança média de vida, sendo possível uma regressão linear. Mas aprofundar este ponto ao nível das diversas relações possíveis parece fundamental. Procurar novas dimensões e investigar a fundo as relações cruzadas entre os determinantes parece-me fundamental.

O mesmo relativamente ao fator geral oriundo das características destes mesmos determinantes apresentado. Devemos ir mais fundo, buscando maiores níveis de explicação.

Vimos que a percepção de boa saúde depende do aspeto da vida considerado mais importante ou de outros aspetos como a idade, estado civil, atividade profissional, escolaridade, condições de habitação, número de residentes, hábitos tabágicos, ter filhos a residir ou ir ao médico com frequência ou que numa amostra a nível nacional existe a percepção que a atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde. Sobre estes aspetos e outros relacionados podem e devem fazer-se várias investigações.

Outra importante linha de investigação está relacionada com a alocação dos profissionais e sua distribuição geográfica, nomeadamente ao nível do médico e enfermeiro de família. Vimo atrás que existe boa percepção sobre o trabalho de Enfermeiros, Médicos e outros profissionais de saúde (Cegedim, 2012). Mas persiste um défice de contratação e motivação sobretudo em geografias mais periféricas. Estudar o impacto deste fenómeno em ligação com a qualidade de vida, fluxos migratórios e desenvolvimento parece-me adequado. Compatibilizar o objetivo de desenvolvimento regional com a distribuição adequada de serviços e valências de saúde, procurando a boa acessibilidade por parte dos cidadãos independentemente do local de residência ou de origem é hoje uma questão central.

Quanto ao objetivo de qualidade, temos a acreditação dos serviços do SNS, fortalecendo a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas instituições, fomentando uma cultura de melhoria da qualidade e de segurança. Mas estas intenções são incompatíveis com cortes draconianos no sistema de saúde. Defender e salvaguardar o SNS, numa conjuntura de excesso de endividamento deve ser uma linha de investigação prioritária.

Constatamos também a existência de excessivo foco nos números, nos *outputs*, não valorizando os *outcomes*. Assumimos como objetivo a busca de maior qualidade de vida e bem-estar, mas depois queremos os resultados somente em números. É pois fundamental olharmos para o *outcome* das nossas ações e não apenas para os múltiplos *outputs* que

podemos escolher à medida de cada momento. É a isto que se chama sustentabilidade, isto é, manter um *outcome* sustentável e equilibrado com resultados consistentemente bons.

São importantes estudos que tragam mais visibilidade e que atribuam importância central aos *outcomes*.

Por fim de referir também a possibilidade de analisar outros indicadores de desenvolvimento, ou mesmo outras componentes do IDH, como o acesso ao conhecimento.



## BIBLIOGRAFIA

Aday, L. A., & Andersen, R. M. (1984). The national profile of access to medical care: where do we stand?. *American Journal of Public Health*, 74 (12), pp. 1331-1339.

Aday, L., & Andersen, R. (1981). Equity to access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Med Care*, XIX (12) (supplement), pp. 4-27.

Adeghate, E., Schattner, P., & Dunn, E. (2006). An update on the etiology and epidemiology of diabetes mellitus. *Ann N Y Acad Sci*, 1084, pp. 1-29.

Adler, N. (2006). *Behavioral and social sciences research contributions in NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health*. Bethesda: NIH Campus.

Alan Guttmacher Institute (2003). *Their own right: addressing the sexual and reproductive health needs of men worldwide*. New York: Alan Guttmacher Institute.

Alber, J., & Fahey, T. (2004). *Perceptions of living conditions in an enlarged Europe*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Eurofound.

Albernaz, E., & Victora, C. (2003). Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo. *Revista Panam Salud Pública*, 14, pp. 17-24.

Allman-Farinell, I. M., Chey, T., Merom, D., & Bauman, A. (2010). Occupational risk of overweight and obesity: an analysis os the Australian Health Survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 5 (1), article 14.

Almeida, J., Machado, F., & Costa, A. (2006). Classes sociais e valores em contexto europeu. In J. Vala & A. Torres (orgs.), *Contextos e Atitudes Sociais na Europa* (pp. 69-96). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais,.

Altieri, L. (1997). Valutazione della qualità/qualità della valutazione. Problemi metodologici della ricerca valutativa in sanità. In L. A. Luison, *Qualità e strumenti sociologici* (pp. 93-114). Milano: Angeli.

Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Botucatu*, 9 (16), pp. 39-52.

Alves, V. S., & Nunes, M. (2006). Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface Botucatu*, 10 (19), pp. 131-147.

Amaral, D., & Nunes, V. (1981). *A depressão no adolescente*. Porto: Edições Afrontamento.

Amaral, O., Pereira, C., & Escoval, A. (2007). Prevalência de obesidade em adolescentes do distrito de Viseu. *Saúde dos adolescentes*, 25 (1), pp. 47-58.

Amaro, R. R. (2006). Desenvolvimento um conceito ultrapassado ou em renovação? – da teoria à prática e da prática à teoria. In *Ensaio de Homenagem a António Simões Lopes* (pp. 427-465). Lisboa: ISEG/UTL.

American Academy of Family Physicians (2006). *Graham Center One-Pager. What people want from their family physician*. Consultado em 12 de Outubro de 2011, em: [www.aafp.org/afp/20040515/graham1.html](http://www.aafp.org/afp/20040515/graham1.html).

Andersen, R., & Newman, J. (1973). *Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States* (pp. 95-124). Milbank Mem Fund.

Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.*, 36, pp. 1-10.

Anderson, R., Mikuliç, B., Vermeulen, G., Lyly-Yrjanainen, M., & Zigante, V. (2007). *Second European Quality of Life Survey*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Andrade, M. (1995). *Educação para a saúde: Guia para Professores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora.

Andrien, M., Closset, A., Cotellet, B., Green, J., Halbardier, V., & Heindl, I. (1998). *Guia de planeamento e avaliação da educação alimentar na escola*. Lisboa: PES – Ministério da Educação.

Ângelo, M., & Bousso, R. (2008). *A enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família. Manual de Enfermagem*. Programa de Saúde de Família.

Antonucci, D. (2010). *UN - Habitat: Das declarações aos compromissos*. São Paulo: Romano Guerra.

Arakaki, R., & Lorena, L. (2006). Uma heurística de localização-alocação (HLA) para problemas de localização de facilidades. *Produção*, 16 (2), pp. 319-328.

- Araújo, M. (2003). Estudo da Acessibilidade Empregando Modelagem de Dados Espaciais – MDE – Estudo de Caso. Rampas: *Proceedings of XXI Congresso Brasileiro de Cartografia* (pp. 1-7).
- Araújo, M., & Leitão, G. (2005). Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 21 (2), pp. 396-403.
- Atun, R. (2004). *What Are The Advantages And Disadvantages Of Restructuring A Health Care System To Be More Focused On Primary Care Services?* Copenhagen: Who Regional Office For Europe Publications.
- Ayechu, A., & Durá, T. (2010). Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de educación secundaria obligatoria. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33, pp. 35-42.
- Babbie, E. (1999). *Métodos de Pesquisa de Survey*. Brasil: UFMG: Ed. Belo Horizonte.
- Barata, R., Almeida, M., Montero, C., & Silva, Z. (2007). Gender and health inequalities among adolescents and adults in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*, 21 (5), pp. 320-327.
- Barbosa, H. (2007). *Método Persona de Saúde, Beleza e Longevidade*. Lisboa: Livros d'Hoje.
- Benedetti, T. R. (2004). *Atividade física: uma perspectiva de promoção da saúde do idoso do Município de Florianópolis*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Tese (Doutorado em Enfermagem) Filosofia, Saúde e Sociedade.
- Berger, J., & Mohr, J. (1997). *A fortunate man: the story of a country doctor*. New York: Vintage.
- Berghöfer, A., Pischon, T., Reinhold, T., Caroline, A., Sharma, A., & Willich, S. (2008). Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health*, 8 (1), pp. 200-210.
- Berlinguer, G. (2008). Globalização, Equidade e Saúde. In II Fórum Regional de Saúde do Algarve. *II Fórum Regional de Saúde do Algarve*. Faro: Administração Regional de Saúde do Algarve.
- Berthoud, H. R., & Morrison, C. (2008). The brain, appetite, and obesity. *Annu Rev Psychol*, 59, pp. 55-92.

- Best, D. (1974). The difference between two poisson expectations. *Aust N Z J Stat.*, 17 (1), pp. 29-33.
- Bickenbach, J., Chatterji, S., Badley, E., & Ustün, T. (2008). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Soc Sci Med*, 48 (9), pp. 1173-87.
- Björnberg, A. (2012). *Euro Health Consumer Index*. Health Consumer Powerhouse AB.
- Bjorntorp, P. (1997). Neuroendocrine factors in obesity. *J Endocrinol*, 155, pp. 193-195.
- Black Report (1980). *Report of a research working group*. London: Department of Health and Social Security.
- Bloom, D., Canning, D., & Sevilla, J. (2001). The effect of health on economic growth. Theory and evidence. *NBER Working Paper 8587*. <http://www.nber.org/papers/w8587>
- Blumberg, M. S. (1980). Health status and health care use by type of private health coverage. *Health and Society*, 58 (4), pp. 633-655.
- Blumenthal, J. (2000). Effects of exercise and weight loss on mental stress-induced cardiovascular responses in individuals with high blood pressure. *Hypertension*, 36, pp. 171-176.
- Blundell, J. E., & King, N. A. (1999). Physical activity and regulation of food intake: current evidence. *Med Sci Sports Exerc*, 31, pp. 573-583.
- Boing, A., Matos, I., Arruda, M., Oliveira, M., & Njaine, K. (2010). Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras.*, 56 (1), pp. 41-6.
- Booth, K., Pinkston, M., & Poston, W. (2005). Obesity and the built environment. *J Am Diet Assoc*, 105, pp. S110–S117.
- Bos, A. (2007). Health care provider choice and utilization among the elderly in a state in Brazil: a structural model. *Rev. Panam Salud Publica*, 22 (1), pp. 41-50.
- Bouso, R., Tito, R., & Pires. (2006). Sinal Vital: Reflexões e Intervenções de Enfermagem. In C. E. Leão, *A Família Convivendo com a dor Crônica* (pp. 161-182). São Paulo: Martinar.

- Brindley, D. N., & Rolland, Y. (1989). Possible connections between stress, diabetes, obesity, hypertension and altered lipoprotein metabolism that may result in atherosclerosis. *Clin Sci (Lond)*, 77 (5), pp. 453-461.
- Buss, P. M. (2006). Globalização, pobreza e saúde. *VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Pública*. Rio de Janeiro.
- Buss, P. M., & Filho, A. P. (2007). *A Saúde e seus Determinantes Sociais*. Rio de Janeiro: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, 17 (1), pp. 77-93.
- Butte, N. F., & Kenneth, J. E. (2003). Obesity and the environment: where do we go from here? *Science*, 301 (598).
- Cabral, V., & Silva, P. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal, Acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde. evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Calman, K. (1984). Quality of life in Cancer Patients (pp. 124-27). *J. Med Ethics*, 10, pp. 124-127.
- Campos, B. P. (1990). *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Candeias, N. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, 31 (2), pp. 209-213.
- Carmo, I. (2008). *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Carroll, D., Smith, G., & Bennett, P. (1996). Some observations on health and socio-economic status. *Journal of Health Psychology*, 1, pp. 23-39.
- Carvalho, A. (2002). *Educação para a Saúde desenvolvida por enfermeiros em cuidados de saúde primários: Avaliação das necessidades de formação*. Braga: Universidade do Minho (Dissertação de mestrado não publicado).
- Castro, M. S. (2004). *Utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso*. São Paulo: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Tese Doutorado em Saúde Pública).

Catalano, R. (2009). Health, medical care, and economic crisis. *New England Journal of Medicine*, 360, pp. 749-751.

CDSS (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal: Organização Mundial da Saúde.

Cegedim. (2012). *Estudo sobre a Saúde em Portugal*. Oeiras: Cegedim.

CES (2008). *Um perfil dos sobreendividados em Portugal*. Coimbra: Universidade Coimbra.

Chadwick. (1842). *Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain*. London: Printed by W. Clowes and sons for H. M. Stationery off.

Chamon, A. (2006). Excesso de peso e Qualidade de Vida no Trabalho. *Gestão e Produção (G&PR)*, 2 (2), p. 59-75.

Chang, J. T., Hays, R., Shekelle, P., MacLean, C., Solomon, D., Reuben, et al. (2006). Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care. *Ann Intern Med*, 144, pp. 665-672.

Charon, R. (2001). Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286, pp. 1897-902.

Cho, E., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Solomon, C. G., Colditz, G. A., Speizer, et al. (2002). A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease among diabetic women. *Diabetes Care*, 25, pp. 1142-1148.

Clark, B., Sugiyama, T., Healy, G., et al. (2009). Validity and reliability of measures of television viewing time and other non-occupational sedentary behaviour of adults: a review. *Obes Rev* 2009, 10, pp. 7-16.

CNDSS (2006). Carta aberta aos candidatos à Presidência da República. *Revista Radis*, Reportagens.

Cockerham, W. (2008). *Social Causes and Health and Disease*. Cambridge: Polity Press.

Cohen, S. (2004). *Habitação Saudável como caminho para a Promoção da Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Cohen. (2006). *Habitação Saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégias de promoção da saúde*. Consultado em 15 de Setembro de 2011, em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n1/18.pdf>.

Colle, B., & Brusaferrero, S. (2008). Cardiovascular risk reduction: impact of an international project. *Ann Ig*, 20, pp. 43-48.

Comissão das Comunidades Europeias (2009). *Solidariedade na Saúde: reduzir as desigualdades no domínio da saúde na EU*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.

Comissão Europeia (2009). *Inquérito Eurobarómetro Sobre Pobreza e Exclusão Social*. Luxemburgo: CE.

Comissão Europeia (2010). *Europa 2020: Estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo*. Bruxelas: CE.

Comission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: Healthy equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.

Contento, I. (1995.). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research. *Journal of Nutrition Education*, 27, pp. 279-418.

Cooper-Marcus, C., & Sarkissian, W. (1996). *Housing as if people mattered*. Berkeley: University of California.

Costa, C. (2009). *And when there is no information? The case of São Tomé and Príncipe*. Espanha: Terrassa, Livro de Actas do II International Conference on Sustainability Measurement and Modelling.

Count, M., & Meurer, S. (2001). Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations. *International Journal for Quality in Health*, 13 (3), pp. 197-207.

Cresson, G. (1995), *Le travail domestique de santé*. Paris: L'Harmattan.

CRP (1997). *Constituição da República Portuguesa*. Lisboa: Diário da República.

CSDH (2006). *A conceptual framework for action on social determinants of health*. Consultado em 26 de Outubro de 2011, em: [www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br).

Cuevas, A., Alvarez, V., & Olivos, C. (2009). The emerging obesity problem in Latin America. *Expert Rev Cardiovasc Ther*, 7, pp. 281-288.

Da Roit, B. (2007). Changing intergenerational solidarities within families in a mediterranean welfare state. Elderly care in Italy. *Current sociology*, 55, pp. 251-69.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

Dallman, M. F., Akana, S. F., Pecoraro, N., Warne, J. P., La Fleur, S. E., & Foster, M. T. (2007). Glucocorticoids, the etiology of obesity and the metabolic syndrome. *Curr Alzheimer Res*, 4 (2), pp. 199-204.

Daly, M. C., Duncan, G. J., Donough, P., & Williams, D. (2002). Optimal indicators of socio-economic status for health research. *American Journal of Public Health*, 92 (7), pp. 1151-1157.

Delamothe, T. (2008). Universality, equity and quality of care. *British Medical Journal*, 336, pp. 1278-1281.

Deshaies, B. (1997), *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.

DGS, D. G. (2006). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Dias-da-Costa, J., Gigante, D., Horta, B., Barros, F., & Victora, C. (2008). Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), pp. 51-9.

Dickinson, K. M., Keogh, J. B., & Clifton, P. M. (2009). Effects of a low-salt diet on flow-mediated dilatation in humans. *Am J Clin Nutr*, 89 (2), pp. 485-490.

Dillman, D. A. (2007). *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method* (2nd Ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.

Diniz, C., & Crocco, M. (2006). *Construir o espaço supralocal de articulação socioprodutiva e das estratégias de desenvolvimento: os novos arranjos institucionais*. Belo Horizonte: UFMG.

- Diniz, F. (2006). *Crescimento e Desenvolvimento Económico: Modelos e Agentes do Processo*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de Mexico*, 32, pp. 113-117.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*, 83 (4), pp. 691-729.
- Donabedian, P. A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Chicago: Health Administration Press.
- Donahue, K. (2000). Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *International Journal for Quality in Health*, 12 (3), pp. 243-246.
- Doval, H., Borracci, R., Darú, V., Giorgi, M., & Samarelli, M. (2008). Perception of consultation length in cardiology and its ethical implications. *Rev Panam Salud Pública*, 24 (1), 31-5.
- Dunstan, D., Salmon, J., Healy, G., et al. (2007). Association of television viewing with fasting and 2-h postchallenge plasma glucose levels in adults without diagnosed diabetes. *Diabetes Care*, 30 (1), pp. 516-522.
- Dunstan, D., Barr, E., Healy, G., et al. (2010). Television viewing time and mortality: the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Circulation*, 121 (3), pp. 384-91.
- EFQM (2003a). *Introdução à Excelência*. Bruxelas: EFQM Publications.
- EFQM (2003b). *Os Conceitos Fundamentais da Excelência*. Bruxelas: EFQM Publications.
- Engel, G. (1973). Enduring attributes of medicine relevant of the education of the physician. *Ann Intern Med*, 78, pp. 587-593.
- Engels, F. (1845). *A situação das classes trabalhadoras na Inglaterra*. São Paulo: Global.
- ERS (2012). *Acesso, Concorrência e Qualidade no Setor da Prestação de Cuidados de Saúde e de Radioterapia Externa*. Lisboa: ERS.
- ERS (2012). *Acesso, Concorrência e Qualidade no Setor da Prestação de Cuidados de Saúde e de Radioterapia Externa*. Lisboa: ERS.
- EUPHIX (2009). *Health inequalities - inequalities in health care*. The Netherlands: European Union Public Health Information System.

European Commission (2006). *The demographic future of Europe – From challenge to opportunity*. Brussels: European Commission.

European Commission (2007a). *Joint report on social protection and social inclusion*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

European Commission (2007b). *Together for health: A strategic approach for the EU 2008–2013*. Brussels: European Commission.

European Commission (2008). *Renewed Social Agenda: Opportunities, access and solidarity in 21st Century*. Brussels: European Commission.

Eurostat (2008). *Labour market latest trends –2007 data*. Eurostat Data in Focus, Population and social conditions.

Evans, T. (2001). *Challenging inequities in health from ethics to action*. New York: Oxford University Press.

Fahey, T., & Alber, J. (2004). *Perceptions of living conditions in an enlarged Europe*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Eurofound.

Fall, C., Borja, J., Osmond, C., Richter, L., Bhargava, S., Martorell, R., et al. (2010). Infant-feeding patterns and cardiovascular risk factors in young adulthood: data from five cohorts in low- and middle-income countries. *International Journal of Epidemiology*, pp. 1-16.

Farrel, C., Macvoy, H., & Wilde, J. (2008). *Tackling Health Inequalities: An AllIreland approach to social determinants*. Dublin: Combat Poverty Agency.

Fee, E. (1987). *Disease and discovery: a history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Fernandez, Vasquez, O., & Martinic, J. (2010). Modelamiento y simulación computacional de la red de consultas médicas de un servicio público de salud chileno. *Rev Panam Salud Pública*, 27 (3), pp. 203-210.

Ferreira, M. M. F. (2006). *Organizações, trabalho e carreira*. Loures: Lusociência.

Fisk, C., Crozier, S., Inskip, H., Godfrey, K., Cooper, C., & Robinson, S. (2010). Influences on the quality of young children's diets: the importance of maternal food choices. *British Journal of Nutrition*, 105 (2), pp. 287-296.

Fleck, M.P.A. (2000). O instrumento da avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL - 100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), pp. 33-38.

Fleck, M.P.A. (2008). *A avaliação de qualidade de vida - guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Florentim, R. (2006). A qualidade dos serviços de saúde prestados no departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira: um estudo empírico. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 13, pp. 15-26.

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating SEM with Unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, pp. 39-50.

Friedman, M. (1998). *Family nursing : Research, theory and practice*. Stamford: Appleton & Lange.

Gadelha, C. A., Machado, C. V., Lima, L. D., & Baptista, T. W. (2011). Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), pp. 3003-3016.

Galobardes, B. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, pp. 7-12

Galster, G. (2008). US housing scholarship, planning and policy since 1968. *J Am Planning Assoc* 74, pp. 5-16.

Gambim, P. S. (2007). *A Influência de Atributos Espaciais na Interação Entre Grupos Heterogêneos em Ambientes Residenciais*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

García, J., Lobo, R., Garzón, R., Rosado, C., Blanco, A., & Candela, C. (2002). Hipertensión y Nutrición. In *Nutrición y Dietética II – Aspectos clínicos* (pp. 371-384). Madrid, UNED.

Geyer, S., & Peter, R. (2000). Income, occupational position, qualification and health inequalities – competing risks? (comparing indicators of social status). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, pp. 299-305.

Gomes, M. A., & Pereira, M. L. (2005). Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, 10 (2), pp. 357-363.

Gonçalves, I. (2006). Hábitos alimentares em adolescentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 163-172.

Gonçalves, S., & Miranda, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Análise “Ordenamento do território e saúde”*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Greenwood, J., & Stanford. (2008). Preventing or Improving Obesity by Addressing Specific Eating Patterns. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 21, pp. 135-140.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. (p. 80). *Journal of Political Economy*, 80, pp. 623-648.

Guerra, I. (2008). Europa e Políticas Habitacionais – Mudanças em curso. *Cidades, Comunidades e Territórios*, 10, pp. 43-61.

Guimaraes, I. C., Moura de Almeida, A., & Guimaraes, A. (2008). Metabolic syndrome in Brazilian adolescents: the effect of body weight. *Diabetes Care*, 31 (2): e4.

Gunnarsson, J., & Wahlund, R. (1997). Household financial strategies in Sweden: an exploratory study. *Journal of Economic Psychology*, 18, pp. 201-233.

Gunning-Schepers, L. J. (1999). Models: instruments for evidence based policy. *J Epidemiology Community Health*, 53, p. 263.

Ha, A., Kim, J., Shin, D., Choi, D., Park, S., Kang, N., et al. (2010). Eating habits, obesity related behaviors, and effects of Danhak exercise in elderly Koreans. *Nutrition Research and Practice*, 4 (4), pp. 295-302.

Hadley, J., & Holahan, J. (2004). Is health care spending higher under medicaid or private insurance? *Inquiry*, 40 (4), pp. 323-342.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate Data Analysis* (7 ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Hall, J. E., Brands, M. W., Hildebrandt, D. A., Kuo, J., & Fitzgerald, S. (2000). Role of sympathetic nervous system and neuropeptides in obesity hypertension. *Braz J Med Biol Res*, 33 (6), pp. 605-618.

Hallal, P. C., Bauman, A. E., & Heath, G. W. (2012). *Physical activity: more of the same is not enough*. Brasil: Federal University of Pelotas.

- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. Camarate: Lusociência.
- Harrison, S., Moran, M. & Wood, B. (2002). Policy emergence and policy convergence: the case of “scientific-bureaucratic medicine” in the United States and United Kingdom. *Brit J Polit Int Relat*, 4, 1-24.
- Haug, M. R. (1977). Measurement in social stratification. *Annual Review of Sociology*, 3, (pp. 51-77).
- Healy, G., Dunstan, D., Salmon, J., et al. (2008). Television time and continuous metabolic risk in physically active adults. *Med Sci Sports Exerc*, 40, pp. 639-645.
- Heath, I. (2009). Quality in primary health care: A multidimensional approach to complexity. *British Medical Journal*, 338, pp. 911-913.
- Helman, C. (2003). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed.
- Hennessy, D., & Gladin, L. (2006). *The report on the evaluation of the WHO multicountry family health nurse pilot study* (<http://www.who.int/en/> ed.). Copenhagen: OMS.
- Holford, P. (2000). *A bíblia da alimentação*. Lisboa: Editorial Presença.
- Hou, X., Jia, W., Bao, Y., Lu, H., Jiang, S., Zuo, Y., et al. (2008). Risk factors for overweight and obesity, and changes in body mass index of Chinese adults in Shanghai. *BMC Public Health*, 8, p. 389.
- Howden-Chapman, P., Matheson, A., Viggers, H., Cunningham, M., Blakely, T., D’dea, D., et al. (2007). Retrofitting houses with insulation to reduce health inequalities: results of a clustered randomized trial in a community setting. *BMJ*, 334, pp. 460-464.
- Hu, G., Lakka, T. A., Lakka, H. M., & Tuomilehto, J. (2006). Lifestyle management in the metabolic syndrome. *Metab Syndr Relat Disord*. 4 (4), pp. 270-286.
- ICN (2002). *Nurses always for you: caring for families*. Geneva: ICN.
- Ilieva, J., Baron, S., & Healey, N. M. (2002). Online surveys in marketing research: pros and cons. *International Journal of Market Research*, 44 (3), pp. 361-382.
- Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.
- INE (2004). *Projeções de População Residente (2000-2050)*. Lisboa: INE.

- INE (2010). *Atualidades*. Consultado em 15 de Março de 2010, em: [http://alea-estp.ine.pt/Html/actual/pdf/actualidades\\_41.pdf](http://alea-estp.ine.pt/Html/actual/pdf/actualidades_41.pdf)
- Jacobs, D., & Nevin, R. (2006). Validation of a twenty-year forecast of U.S. childhood lead poisoning: updated prospects for 2010. *Environ Res*, 102 (3), pp. 352-364.
- Jones, W. (2009). *Women's mental health*. Washington (DC): U.S. Department.
- Jöreskog, K., & Goldberger, A. (1975). Estimation of a model with multiple indicators and multiple causes of a single latent variable. *Journal of the American Statistical Association*, 70, pp. 631-639.
- Julien, R., Adamkiewicz, G., Levy, J., Bennett, D., Nishioka, M., & Spengler, J. (2008). (2008). Pesticide loadings of select organo-phosphate and pyrethroid pesticides in urban public housing. *J Expo Sci Environ Epidemiol*, 18, pp. 167-174.
- Kaiser, H.F. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35, pp. 401-415.
- Kaiser, H.F. & Rice, J. (1974), Little Jiffy, Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34, pp. 111-117.
- Kaplan, D. (2000). *Structural equation modeling: foundations and extensions*. Thousand Oaks Calif: Sage Publications.
- Katzmarzyk, P., Church, T., & CL, C. (2009). Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Med Sci Sports Exerc*, 41, pp. 998-1005.
- Kee, M. & Nolte, E. (2008). *OECD Survey on Health Systems Characteristics 2008-2009*. OECD Health Data 2009.
- Keith, S., Redden, D., Katzmarzyk, P., Boggiano, M., Hanlon, E., Benca, R., & et al. (2006). Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the roads less traveled. *Int J Obes*, 30, pp. 1585-1594.
- Kemple, T. (2009). Quality in Primary Health Care. Complexity: A simple approach to quality. Are we there yet? . *British Medical Journal*, 338, p. 1812.
- Kerlinger, F. (2000). *Foundations of behavioral research* (4<sup>th</sup> ed.). Australia: Wadsworth Thomson Learning.

- Kim, I. (2006). The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science and Medicine*, 63, pp. 566-574.
- Kivimäki, M. (2006). Work stress in the aetiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32, pp. 431-442.
- Kluthcovsky, A. C., Takayanagui, A. M., Santos, C. B., & Kluthcovsky, F. A. (2007). Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios de qualidade de vida. *Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul*, 29 (2), pp. 176-183.
- Knapp, M., McDavid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). In *Mental health policy and practice across Europe* (pp. 280-307). Buckingham: Open University Press.
- Ko, G., Chan, C., Wong, A., Hui, S. P., Tong, S., Ng, S., et al. (2007). Association between sleeping hours, working hours and obesity in Hong Kong Chinese: the better health for better Hong Kong health promotion campaign. *International Journal of Obesity*, 31, pp. 254-260.
- Krieger, N. (2001). A Glossary for social epidemiology. *J. Epidemiology Community Health*, 55, pp. 693-700.
- Krieger, N., Williams, D. R., & Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines. *Review of Public Health*, 18, pp. 341-378.
- Laaksonen, D. E., Lakka, H. M., Niskanen, L. K., Kaplan, G. A., Salonen, J. T., & Lakka, T. A. (2002). Metabolic syndrome and development of diabetes mellitus: application and validation of recently suggested definitions of the metabolic syndrome in a prospective cohort study. *Am J Epidemiol*, 156 (11), pp. 1070-1077.
- L'Abbate, S. (1994). Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad. Saúde Pública*, 10 (4), pp. 481-490.
- Lacomblez, M. (2000). *Factores psicossociais associados aos riscos emergentes. Riscos emergentes da nova organização do trabalho*. Lisboa: EDICT.
- Lahire, B. (2008). *La Raison scolaire. École et pratiques d'écriture, entre savoir et pouvoir*. Rennes: Paideia.

- Larson, E., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*, 293, pp. 1100-1106.
- Leandro, M. E. (2006). Família. Um actor informal de saúde. In *Participação, Saúde e Solidariedade. Riscos e desafios* (pp. 183-198). Braga: ICS.
- Leandro, M. E. (2007). *Famílias, Pobreza e Exclusão Social*. Lisboa: Brotéria - Associação Cultural e Científica.
- Leandro, H. (2001). A saúde no prisma dos valores da modernidade. *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, 41 (3-4), pp. 67-93.
- Leatherman, S., & Sutherland, K. (2005). *The Quest for Quality in the NHS: A Chartbook on Quality of Care in the UK*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Leavell, S., & Clark, E. (1976). *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Lee, M. A., & Yom, Y.-H. (2006). A comparative study of patients and nurses perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 21 (2), pp. 1-11.
- Leech, J., Raizenne, M., & Gusdorf, J. (2004). Health in occupants of energy-efficient new homes. *Indoor Air*, 14, pp. 169-173.
- Leite, M. (2003). *Trabalho e sociedade em transformação. Mudanças produtivas e atores sociais*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Levenstein, J., McCracken, E., McWhinney, I., Stewart, M., & Brown, J. (1986). The patient-centered clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*, 3, pp. 24-30.
- Liberatos, P., Link, B. G., & Kelsey, J. L. (1988). The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 10, pp. 87-121.
- Loveland-Cherry, C. (2006). Where Is the Family in Family Interventions?. *Journal of Family Nursing*, 12 (1), pp. 4-6.
- Loxterkamp, D. (1991). Being there: on the place of the family physician. *J Am Board Fam Pract*, 4, pp. 354-360.
- Lutfey, K. (2005). On practices of 'good doctoring': reconsidering the relationship between provider roles and patient adherence. *Sociol Health Illn*, 27, pp. 421-447.

- Machado, M., Santana, P., Carreiro, M., Nogueira, H., Barroso, M., Dias, A. (2007). *Iguais ou Diferentes? Cuidados de Saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Prémio Bial de Medicina Clínica. EIGAL, S.A.
- Mackenbach, J., Bos, V., & Andersen, O. (2008). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol*, 32 (5), pp. 830-837.
- Magee, C., Caputi, P., & Iverson, D. (2011). Short sleep mediates the association between long work hours and increased body mass index. *Journal of Behavioral Medicine*, 34 (2), pp. 83-91.
- Mainous, A., Goodwin, M., & Stange, K. (2004). Patient-physician shared experiences and value patients place on continuity of care. *Ann Fam Med*, 2, pp. 452-454.
- Malizia, E. (2006). Planning and public health: research options for an emerging field. *J Plann Educ Res*, 25, pp. 428-432.
- Mannino, D., Homa, D., Akinbami, L., Moorman, J., Gwynn, C., & Redd, S. (2002). Surveillance for asthma—United States 1980–1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 51, pp. 1-13.
- Manson, J. E., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Rosner, B., Monson, R. R., et al. (1990). A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med*, 322 (13), pp. 882-889.
- Marmot, M. G., Kogevinas, M., & Elston, M. A. (1987). Social/economic status and disease. *Annual Review of Public Health*, 8, pp. 111-135.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach?* Laboratório de Psicologia, 4 (1), pp. 65-90.
- Marques-Vidal, P., Bovet, P., Paccaud, F., & Chiolerio, A. (2010). Changes of overweight and obesity in the adult Swiss population according to educational level, from 1992 to 2007. *BMC Public Health*, 10 (87).

- Martínez-Otero, V. (2003). *Teoría y Práctica de la Educación*. Madrid: CCS.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Matos, M., Carvalhosa, S., & Fonseca, H. (2001). O comportamento alimentar dos jovens portugueses. *Health behaviour in school-aged children*, 5 (1), pp. 7-8.
- Matsudo, S. M. (2006). Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.*, 20 (5), pp. 135-137.
- Mazick, A. (2012). Excess mortality among the elderly in 12 European countries. *Eurosurveillance*, 17 (14).
- McKee, M. (2011). Responding to the economic crisis : europe's governments must take account of the cost of health inequalities. *Journal Epidemiology Community Health*, 65 (5), pp. 389-390.
- McLaren, L. (2007). Socioeconomic Status and Obesity<sup>4</sup>. *Epidemiologic Reviews*, 29, pp. 29-48.
- Mechanic, D. (1989). Socioeconomic status and health: an examination of underlying processes. In *Bunker, J. P., Gomby, D. S., Kehrer, B. H. (eds.). Pathways to health: the role of social factors* (pp. 9-26). Menlo Park: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Medvedovski. (2010). *Gestão de Espaços Colectivos em HIS - Qualidade no projecto de edifícios*. São Carlos: ANTAC.
- Mendes, E. V. (2006). *Uma agenda para a saúde* (2. ed.). São Paulo: Hucitec.
- Merenstein, J. (2002). My first patient. *J Fam Pract*, 51, p. 777.
- Meresntein, B., Merenstein, & Joel. (2008 ). Patient Reflections: Saying Good Bye to a returning Family Doctor. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 21 (5), pp. 461-465.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Barueri: Editora Manole.
- Milia, L., & Mummery, K. (2009). The Association between Job Related Factors, ShortSleep and Obesity. *Industrial Health*, 47, pp. 363-368.
- Misra, A., & Vikram, N. (2003). Clinical and pathophysiological consequences of abdominal adiposity and abdominal adipose tissue depots. *Nutrition*, 19 (5), pp. 457-466.

- Mladovsky, D. (2011). *Health policy responses to the financial crisis and other health system shocks in europe*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Moeller, J. (2001). The EFQM Excellence Model. German Experiences with the EFQM Approach in Health Care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (1), pp. 45-49.
- Moorman, J., Rudd, R., Johnson, C., King, M., Minor, P., Bailey, C., & et al. (2007). National surveillance for asthma, United States 1980–2004. *MMWR Surveill Summ*, 56 (8), pp. 1-54.
- Moran, O., & Phillip, M. (2003). Leptin: obesity, diabetes and other peripheral effects--a review. *Pediatr Diabetes*, 4 (2), pp. 101-109.
- Morbidity and Mortality Weekly Report (2010). State-Specific Trends in Fruit and Vegetable Consumption Among Adults — United States, 2000-2009. *Centers for Disease Control and Prevention*, 59 (35), pp. 1125-1164.
- Mota, J., Ribeiro, J. L., Carvalho, J., & Matos, M. G. (2006). Atividade física e qualidade de vida associada a saúde em idosos participantes e não participantes em programas reguladores de atividade física. *Rev. Bras Educ. Fís. Esp.*, 20 (3), pp. 219-225.
- Mourão, P. R. (2011). Time elapsed since the last medical visit: analysis of a statistical model applied to the case of Spanish women. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57 (2), pp. 162-167.
- Mourão, P., & Dell'anno, R. (2012). Fiscal illusion around the world: an analysis using the structural equation approach. *Public Finance Review*, 40 (2), pp. 270-299.
- Mulaik, S. A., James, L. R., Van Alstine, J. B., & Stilwell, C. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105 (3), pp. 430-445.
- Muntaner, C., & Benach, J. (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *J Epidemiol Community Health*, 61, pp. 276-277.
- Murphy, J., Chang, H., Montgomery, J., Rogers, W., & Gelb Safran, D. (2001). The quality of physician-patient relationships. *J Fam Pract*, 50, pp. 123-129.
- Nahas, M., Barros, M., Goldfine, B., Lopes, A., Hallal, P., Júnior, J., et al. (2009). Physical activity and eating habits in public high schools from different regions in Brazil: the Saude na Boa project. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12 (2), pp. 270-277.

Nahas, M. V. (2001). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf.

NHANES (2008). *Prevalence of overweight, obesity and extreme obesity among adults: United States, trends 1976-80 through 2005-2006*. United States: Health E-Stat.

Nogueira, F., & Leandro, M. (2010). *Das Dimensões da Vida às (Des)igualdades Sociais Perante a Saúde: Quatro Concelhos Portugueses em Análise. O contributo (in)visível, gestão familiar dos cuidados de saúde*. Vila Real: UTAD.

Nunes, E., & Breda, J. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Nunes, M., Figueiroa, J., & Alves, J. (2007). *Overweight, physical activity and food habits in adolescents from different economic levels*. *Rev Assoc Med Bras*, 53, pp. 130-134.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Crise e Saúde, Um País em Sofrimento - Relatório de Primavera*. Lisboa: ENSP.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Crise e Saúde, Um País em Sofrimento - Relatório de Primavera*. Lisboa: ENSP.

OCDE (2006). *Women and men in OECD countries*. Paris: OCDE.

OECD (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Paris: OCDE.

Ogden, C. L., Yanovski, S. Z., Carroll, M. D., & Flegal, K. M. (2007). The epidemiology of obesity. *Gastroenterology*, 132 (6), pp. 2087-2102.

Oliveira, M. D., & Bevan, G. (2008). Modelling Hospital Costs to Produce Evidence for Policies that Promote Equity and Efficiency. *European Journal of Operational Research*, 185 (3), pp. 933-947.

Olson, D. & Defrain, J. (1995). *Marriage and the family: Diversity and strengths*. Mountain View, CA: Mayfield.

OMS (1978). Cuidados Primários de Saúde. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS.

OMS (1986). A Promoção da Saúde, Carta de Ottawa. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa.

OMS (1988). Qualità dei servizi sanitari. *Quaderni di sanità pubblica*, 57, pp. 4-36.

OMS (1998a). *Health Promotion, Evaluation: Recommendations to policy makers, European Working group on Health Promotion Evaluation*. Brighton: WHO.

OMS (1998b). *Nutrition: An Essential Element of a Health Promoting School*. Geneva: OMS.

OMS (2000). *L'infirmiere de famille, contexte, cadre conceptuel Et programme d'études*. [http://www.see-educoop.net/education\\_in/pdf/family\\_health\\_nurse-oth-frn-t06.pdf](http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-frn-t06.pdf).

OMS (2002). *The World Health Report: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: OMS.

OMS (2003a). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva: OMS.

OMS (2003b). *Health for All database*. Consultado em 15 de Dezembro de 2009, em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>

OMS (2006). *Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores*. Geneva: OMS.

OMS (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas, a position paper of the Pan American Health Organization*. Geneva: OMS..

OMS (2008). *Guia Global: Cidade amiga do idoso*. Consultado em 17 de Agosto de 2010, em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso\\_rapido/gtae/saude\\_pess](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pess)

OMS (2010). *External Evaluation of the Portuguese National Health Plan (2004-2010)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

OMS (2012). *Environmental health inequalities: Assessment report*. Copenhaga: OMS.

ONU (2011). *Human Development Report: Sustainability and Equity, A Better Future for All*. New York: United Nations Development Programme.

Or, Z., Jusot, F., & Yilmaz, E. (2008). Impact of health care system on socioeconomic inequalities in health. *European Union working group socioeconomic inequalities in health*.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: OE.

Pádua, F., Murjal, L., & Machado, I. (2002). *A situação de saúde de Portugal em relação aos outros países europeus (EU 15)*. Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.

Paganini, J. M., & Vazzano, H. H. (2002). *La acreditación para la calidad en la región de las Americas*. La Plata: Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas.

Pardal, M. (1990). Educação para a Saúde – Conceitos e perspectivas. *Saúde e Escola*, 6, pp. 11-14.

Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J., & Vermeulen, G. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Patel, A., Bernstein, L., & Deka, A. (2010). Leisure time spent sitting in relation to total mortality in a prospective cohort of US adults. *Am J Epidemiol*, 172, pp. 419-429.

Patel, Sanjay R. & Hu, Frank B. (2008). Short Sleep Duration and Weight Gain: A Systematic Review. *Articles epidemiology*, 16, pp. 643-653.

Patrick, K., Sallis, J., Prochaska, J., Lydston, D., Calfas, K., Zabinski, M., et al. (2001). A multicomponent program for nutrition and physical change in primary care. *Arch pediatr adolesc med*, 155, pp. 944-945.

Patrick, K., Sallis, J., Prochaska, J., Lydston, D., Calfas, K., Zabinski, M., et al. (2008). *State of the Evidence Review on Urban Health and Healthy Weights*. Ontario: Canadian Institute for Health Information.

Peabody, F. (1927). The care of the patient. *JAMA*, 88, pp. 877-882.

Pellegrini Filho, A. (2000). *Ciencia en pro de la Salud*. Publicación científica y técnica, 578. Washington DC.

Pellegrini Filho, A. (2006). Compromisso com a ação. *Radis*, 47, pp. 12-14.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Connecticut: Appleton & Lange Stanford.

Pereira, L. F. (2003). Qualidade: Ferramenta Fundamental da nova estratégia para a saúde. *Qualidade em Saúde*, 7, pp. 3-8.

Peruzzo, M. R. (2008). *Avaliação pós-ocupação em habitação de interesse social: Comportamento da satisfação do usuário após médio período de permanência*. Santa Catarina: Universidade Federal.

- Pisco L. (2003). Êxitos e insucessos da Medicina Geral e Familiar Portuguesa ou o que conseguimos em 20 anos e o que falta conseguir. In Pisco L. *Da Memória* (pp. 15-23). Lisboa: MVA Invent.
- Pita Barros, P., & de Almeida Simões, J. (2007). Portugal Health system review. *Health Systems in Transition*, 9 (5), pp. 1-140.
- Pollard, J. H. (1982). The expectation of life and its relationship to mortality. *J Inst Actuar*, 109, pp. 225-240.
- Porr, C., Drumond, J., & Richeter, S. (2006). Health literacy as an empowerment tool for low-income mothers. *Family and Community Health*, 29, pp. 328-335.
- Porter, M., & Teisberg, E. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Cambridge: Harvard Business School Press.
- Porter, M., & Teisberg, E. (2007). How physicians can change the future of health care. *JAMA*, 297 (10), pp. 1103-1111.
- Pozza, M., Jimenez, R., & Carvalho, R. (2008). Qualidade de vida em idosos avaliados através do instrumento genérico SF-36. *11º Encontro Latino Americano de Iniciação Científica. U. d. v. d. Paraíba* (pp. 1612-1615). São João dos Campos: Anais.
- PPES (1998). *Programa de Promoção e Educação para a Saúde. A rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde*. Lisboa: Editorial Ministério da Educação.
- Pratt, L. (1976). *Family Structure and the Effective Health Behavior: The Energized Family*. Boston, MA.: Houghton Mifflin Co.
- Precioso, J. (2001). *Educação para a prevenção do comportamento de fumar – Avaliação de uma intervenção pedagógica no 3º ciclo do ensino básico, Tese de Doutoramento (não Publicada)*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Programa do XVII Governo Constitucional para a Saúde- 2005-2009. (s.d.). *Portal da saúde*. Consultado em 02 de Março de 2010, em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/politica+arquivo/programa.htm>
- Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde - 2009- 2013. (s.d.). *Portal da Saúde*. Consultado em 02 de Março de 2010, em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programa/programa+xviii.htm>

Pruss-Ustun, A., & Corvalan, C. (2006). *Preventing disease through healthy environment. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Consultado em 03 de Março de 2011, em: [http://77www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications](http://77www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications).

Quivy, R, Campenhoudt, L V, (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva: Lisboa.

Rabinowitz, H. (2004). *Caring for the country: family doctors in small rural*. New York: Springer-Verlag.

Raine, K., Spence, J.C., Church, J., Boulé, N., Slater, L., Marko, J., et al. (2008). *State of the Evidence Review on Urban Health and Healthy Weights*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Ramalho, W. (2006). *Abordagens espaciais na Saúde Pública. Serie Capacitação e actualização em geoprocessamento em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz.

Ramos, L., & Ferreira, V. (2004). *Geração de empregos e realocação espacial no mercado de trabalho brasileiro*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA).

Ranci Ortigosa, E. (2000). La qualità nei servizi sanitari. In Emanuele Ranci Ortigosa (org.), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*. Milano: Angeli.

Ransom, S. M. (2004). *The Healthcare Quality Book, Vision, strategy and Tools*. Chicago: Health Administration Press.

Rattner, H. (2009). Meio ambiente, saúde e desenvolvimento sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (6), pp. 1965-1971.

Reijneveld, S. A., & Gunning-Schepers, L. J. (1994). Age, socioeconomic status, and mortality at the aggregate level. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, pp. 146-150.

Ribeiro, J., Guerra, S., Pinto, A., Oliveira, J., Duarte, J., & Mota, J. (2003). Overweight and obesity in children and adolescents: relationship with blood pressure, and physical activity. *Ann Hum Biol*, 30 (2), pp. 203-213.

Robert Wood Johnson Foundation Commission To Build a Healthier America (2009). *Education Matters For Health*. Consultado em 01 de Março de 2010, em:

<http://www.commissiononhealth.org/PDF/c270deb3-ba42-4fbd-baeb-2cd65956f00e/Issue%20Brief%206%20Sept%2009%20-%20Education%20and%20Health.pdf>

Rodrigues, A., Santana, P., Santos, R., & Nogueira, H. (2008). Optimização da rede de urgências em Portugal. Uma proposta tendo em conta a eficiência e a equidade da rede. In C. Barcellos, *A Geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.

Roemer, M., & Montoya-Aguilar, C. (1988). *Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud*. Ginebra: OMS.

Rogado, T., & Teixeira, J. (1997). Intervenção psicológica na educação para a saúde no sistema de cuidados de saúde primários. *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da saúde*. Braga: Ribeiro, J. L.

Roland, M. (2004). Linking physicians' pay to the quality of care: a major experiment in the United Kingdom. *New Engl J Med*, 351 (14), pp. 1448-1454.

Rooney, L., & Ostenberg, P. (1999). *Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde*. Bethesda: Center For Human Services.

Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Rose, G., & Marmot, M. (1981). Social class and coronary heart disease. *British Heart Journal*, 45 (1), pp. 13-19.

Rosenberg, M., & Wilson, K. (2001). Exploring the links between health and housing: the limitations of population health surveys. *GeoJournal*, 53, pp. 109-116.

Rosenstock, I. (1990). The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp. 39-62). San Francisco: Jossey-Bass.

Rosmond, R. (2005). Role of stress in the pathogenesis of the metabolic syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 30 (1), pp. 1-10.

Rousseau, P. (2004). Social invitations, time constraints, and professional distance. *Am J Hosp Palliat Care*, 21, pp. 17-8.

Sallis, J., & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. London: Sage publications.

Saltman, R., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (eds.) (2007). *European Observatory on Health Systems and Policies Series: Decentralization in Health Care*. Berkshire: McGraw-Hill.

Saltman, R., Rico, A., & Boerma, W. (2006). *Primary care in the driver's seat? Prganizational reform in European primary care*. Suffolk: Open University Press/Mcgraw-Hill.

Sanchis-Bayarri Bernal, V., Rull Segura, S., Moral López, L., García FerFerrer, E., Aparasi Romero, J., Escandón Alvarez, J., et al. (2003). Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera. *Rev Clin Esp*, 203 (3), pp. 133-135.

Santana, P. (1995). *Acessibilidade e Utilização dos Serviços de Saúde. Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde*. Coimbra: CCDR-Centro e ARS-Centro.

Santana, P. (2005). *Geografias da saúde e do desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.

Santana, P. (2009). *Caracterização da Cobertura Geográfica Redes de Referência Hospitalar*. Lisboa: Administração Central do Sistema Saúde/Ministério da Saúde.

Santana, P. (2010a). Avaliação do impacte da distância na utilização e reorganização dos Cuidados de Saúde Primários do concelho de Coimbra. *1ª Conferência da Rede de Língua Portuguesa de Avaliação de Impactos "Transportes, Desenvolvimento Urbano e avaliação de impactos"*. Lisboa.

Santana, P. (2010b). Planear equipamentos tendo em conta a acessibilidade e a cobertura da população. O caso das Unidades de Saúde no concelho de Coimbra. *4º Congresso Luso-Brasileiro para o Planeamento Urbano, Regional, Integrado, Sustentável*. Faro: Universidade do Algarve.

Santana, P., Nogueira, H., Santos, R., & Costa, C. (2007). Melhorar a Saúde na Amadora intervindo no ambiente físico e social. In P. Santana (coord.), *A Cidade e a Saúde* (pp. 147-154). Coimbra: Almedina.

Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondière, P. (2007). Os centros de saúde em Portugal: a satisfação dos utentes e dos profissionais. *Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários*.

Saraceno, C. (1997). *Sociologia da família*. Rio de Janeiro: Estampa.

- Sardinha, L., & Matos, M. (1999). *Promoção da Saúde: Modelos e Prática*. *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo*. (pp. 57- 84). Lisboa: Edições FMH.
- Sassi, F., & Hurst, J. (2008). *The prevention of Lifestyle-Related Chronic Diseases: an economic Framework*. Paris: OCDE.
- Sassi, M. R., & Béria, J. U. (2001). Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (4), pp. 819-832.
- Saultz, J., & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*, 2, pp. 445-451.
- Scherger, J. E. (2001). What patients want. *J Fam Pract*, 50 (2), p. 137.
- Schmidt, D. R. (2008). Qualidade de Vida no Trabalho: avaliação da produção científica na enfermagem brasileira. *Acta Paul Enferm*, 21, pp. 330-337.
- Schober, M., & Affara, F. (2001). *The Family Nurse: Frameworks for Practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatric Clinical Neuroscience*, 259, pp. 298-396.
- Schootman, M., Andresen, E., Wolinsky, F., Malmstrom, T., Miller, J., Yan, Y., et al. (2007). The effect of adverse housing and neighborhood conditions on the development of diabetes mellitus among middle-aged African Americans. *Am J Epidemiol*, 166 (4), pp. 379-387.
- Schwartz, M. S., & Chadha, A. (2008). Type 2 diabetes mellitus in childhood: obesity and insulin resistance. *J Am Osteopath Assoc*, 108 (9), pp. 518-524.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes: Diagnósticos e Intervenções* (1ª Ed.). Coimbra: Quarteto Editores.
- Shah, A., & Beinecke, H. (2009). Global mental Health Needs, Services, Barriers and Challenges. *International Journal of Mental Health*, 38, pp. 14-29.
- Shaw, C., & Kalo, I. (2002). *A Background for National Quality Policies in Health Systems*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Silva, S. F. (2008). *Municipalização da saúde e espaços de inovação nas gestões locais*. Artigo elaborado como parte de pesquisa Municipalização da saúde e poder local. No prelo.

Simpson, P., & Tarrant, M. (2006). Development of the Family Nursing Practice Scale. *Journal of Family Nursing*, 12 (4), pp. 413-425.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.

Sousa, P. (2004). *O SIG na gestão e planeamento do transporte público-rodoviário de passageiros* (Tese de Mestrado). Coimbra: Faculdade de Ciências da Universidade de Coimbra.

Spector, E. (2005). *Psicologia nas Organizações*. São Paulo: Editora Sar.

Stamatakis, E., Hamer, M., & Dunstan, D. (2011). Cause mortality, anScreen-based entertainment time, all-cause mortality, and cardiovascular events: population-based study with ongoing mortality and hospital events follow-up. *J Am Coll Cardiol*, 57, pp. 292-299.

Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32, pp. 443-462.

Starfield, B. (2008a). Refocusing the System. *N Engl J Med*, 359, pp. 2087-2091.

Starfield, B. (2008b). Quality and outcomes framework: Patient-centred? *Lancet*, 372, pp. 692-4.

Steelfisher, G., Bekheit, M., & Lubell, K. (2010). The Publics Response to the 2009 H1N1 Influenza Pandemic. *N Engl J Med.*, 362:e65.

Stronks, K., Van de Mheen, H. D., & Mackenbach, J. P. (1998). A higher prevalence of health problems in low income groups: does it reflect relative deprivation? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, pp. 548-557.

Stuckler, D. (2011). Effects of the 2008 recession on health : a first look at European data. *Lancet*, 378, pp. 124-125.

Tarlov, A. (1996). Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R. (eds.), *Health and social organization* (pp. 71-93). London: Routledge.

- Thery, I. (2007). *La distinction de sexe. Une nouvelle approche de l'égalité*. Paris: Odile Jacob.
- Todaro, M. P. (2000). *Economic development*. New York: Addison-Wesley.
- Toscano, J. O., & Oliveira, A. (2009). Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev. Bras. Med. Esporte*, 15 (3), pp. 169-173.
- Townsend, P., Davidson, N., & Whitehead, M. (1992). *Inequalities in health: the black report and health divide*. London: Penguin Books.
- Travassos, C. (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), pp. 133-149.
- Trindade, S., & Menezes, I. (2008). A educação na modernidade e a modernidade da escola no Brasil: séculos XIX e início do século XX. *Actas do VII Congresso Lusobrasileiro de História da Educação. C. E. M. e. Cidadania*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da educação.
- Uchimora, K., & Bosi, M. L. (2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programa e serviços em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 18 (6), pp. 151-169.
- Van de Ven, W. P. (2000). Risk Adjustment in competitive health plan markets. *Handbook of health economics*. New York, 1, pp. 755-845.
- Van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 174, pp. 177-183.
- Vancini, R. L., Lira, C. A., & Arida, R. M. (2008). *Efeito da actividade física sobre a aptidão cerebral*. São Paulo: Centro de Estudos de Fisiologia do Exercício.
- Veal, A. J. (1997). *Research Methods for Leisure and Tourism – A Practical Guide* (2ª ed.). Harlow: Pearson Education.
- Veerman, J. L., Healy, G. N., Cobiac, L. J., Vos, T., Winkler, E. A., Owen, N., et al. (2012). Television viewing time and reduced life expectancy: a life table analysis. *Br J Sports Med*, 927-9.
- Veras, R., & Caldas, C. (2004). Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Cien Saude Coletiva*, 9, pp. 423-32.

Veras, R., Caldas, C., Araújo, D., & Mendes, R. (2008). A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4), pp. 1119-1126.

Vermeulen, G. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Villermé, L. (1840). *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers de Paris*. Paris: Jules Renouard.

Vuori, H. (1982). Quality Assurance of Health Services. (W. R. Europe, Ed.) *Public Health in Europe*, 16.

Vuori, H. (1982). Quality Assurance of Health Services. *Public Health in Europe*, 16.

Vuori, H. (1991). A qualidade da saúde. *Divulgação em saúde para debate*, 3, pp. 17-25.

Wall, K. (2010). *A Vida Familiar no Masculino: Negociando Velhas e Novas Masculinidades*. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.

Wardle, J. (2007). Eating behaviour and obesity. *The International Association for the Study of Obesity*, 8, pp. 73-75.

Warren, T., Barry, V., Hooker, S., & al., e. (2010). Sedentary behaviors increase risk of cardiovascular disease mortality in men. *Med Sci Sports Exerc*, 42, pp. 879-885.

Weck-Hannemann, H. (1983). Schattenwirtschaft: Eine Möglichkeit zur Einschränkung der öffentlichen Verwaltung? Eine ökonomische Analyse. *Finanzwissenschaftliche Schriften*, vol. 22. Lang Bern/Frankfurt.

Whitehead, M. (2000). *The concepts and principles of equity and health*. Geneva: WHO.

Wijndaele, K., Brage, S., Besson, H., Khaw, K. T., Sharp, S.J., Luben, R., et al. (2011). Television viewing time independently predicts all-cause and cardiovascular mortality: the EPIC Norfolk study. *Int J Epidemiol* 2011, 40 (1), pp. 150-159.

Windridge, T. K., Boulton, M., Baker, R., & Freeman, G. (2003). Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *BMJ*, 326, pp. 1310-1314.

Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.

Wright, L., & Leahey, M. (2005). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Yahia, N., Achkar, A., Abdallah, A., & Rizk, S. (2008). Eating habits and obesity among Lebanese university students. *Nutrition Journal*, 7 (32).

Yee, S., Williams-Piehota, P., Sorensen, A., Roussel, A., Hersey, J., & Hamre, R. (2006). The nutrition and physical activity program to prevent obesity and other chronic diseases: monitoring progress in funded states. *Preventing Chronic Disease*, 3, pp. 1-6.

## LEGISLAÇÃO

**Despacho n.º 25360/2001 (2ªSérie), de 12 de Dezembro de 2001** – Determina que seja facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal o acesso, em igualdade de tratamento ao dos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS.

**Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde** - foi instituída uma nova política de recursos humanos para a saúde com vista a satisfazer, à luz da conjuntura, as necessidades da população, com garantia da formação dos profissionais e segurança dos cuidados, procurando uma adequada cobertura em todo o território nacional.

**Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro** - Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição.



## ANEXOS

## Anexos – Capítulo VI

INQUÉRITO

No sentido da elaboração de uma tese de doutoramento sobre a Contribuição da gestão da saúde familiar para a esperança média de vida e o seu papel no desenvolvimento local, venho pedir a sua colaboração no preenchimento deste pequeno inquérito:

**Responda por favor a todas as questões.**

1. Qual é para si o aspeto da vida mais importante?

- Saúde
- Família
- Trabalho
- Dinheiro

- |   | Sim                      | Não                      | NS                       | NR                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Considera-se uma pessoa saudável?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vai ao médico só quando está doente?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ao longo dos últimos 12 meses foi a alguma consulta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.1 Qual foi o motivo?

- Doença  Prevenção  Baixa  Receitas  Acidente

- |                                      | Sim                      | Não                      | NS                       | NR                       |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.2 Foi a um serviço de urgência?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Foi a um médico de família?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 Foi a um dentista?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.5 Foi a outro médico especialista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.5.1 Se sim, qual? \_\_\_\_\_

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Pratica alguma atividade física?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nos últimos 5 anos, a sua saúde e a dos seus familiares foi afetada por algum dos seguintes aspetos? |                          |                          |                          |                          |
| 6.1 Os ritmos de vida quotidiana  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 O Stress relacionado com a doença de familiares   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 As condições de trabalho  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Em que medida concorda com as seguintes afirmações ( 1 correspondendo a discordo totalmente e 10 correspondendo a concordo totalmente)?

7.1 Para toda a doença grave é indispensável ter, pelo menos, uma 2ª opinião de outro(s) médico (s) 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.2 É indispensável seguir rigorosamente o que o médico prescreve 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.3 Sem o progresso da ciência, nós não teríamos uma qualidade de vida tão elevada como a que temos 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.4 É importante proteger o ambiente, visando assegurar também às gerações vindouras boa qualidade de vida 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.5 É melhor aproveitar o momento presente Porque nunca se sabe o que nos reserva o amanhã 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.6 "Chá e caldos de galinha nunca fizeram mal a ninguém" 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.7 A incapacidade de resposta dos centros de saúde conduz a um maior recurso às urgências hospitalares 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.8 Nos consultórios privados, os médicos são mais atenciosos 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.9 O Sistema de saúde privado responde mais rapidamente às necessidades da população do que os hospitais 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.10 O preço das consultas privadas impede-me de recorrer a esses serviços 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.11 É muito importante ter um médico de família que nos segue toda a vida e conhece os nossos problemas 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.12 O Hospital permite fazer todos os exames necessários e tal não acontece no centro de saúde 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.13 Prefiro ir ao centro de saúde porque tenho lá o meu médico que me conhece e sabe quais os meus problemas 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

7.14 Os centros de saúde são mais frequentados por pessoas com menores recursos económicos 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_NS\_\_NR\_\_

8. De maneira geral, com que frequência consome com os seus familiares os seguintes produtos?

	Diaria mente	Semanal mente	Mensal mente	Raram ente	Nunca	NS	NR
8.1 Pratos pré-cozinhados (pizas, congelados, etc.)	<input type="checkbox"/>						
8.2 Sumos refrigerantes	<input type="checkbox"/>						
8.3 Alimentos açucarados	<input type="checkbox"/>						
8.4 Legumes Secos (feijão, grão...)	<input type="checkbox"/>						
8.5 Fruta	<input type="checkbox"/>						
8.6 Carne	<input type="checkbox"/>						
8.7 Peixe	<input type="checkbox"/>						
8.8 Legumes Frescos	<input type="checkbox"/>						
8.9 Água	<input type="checkbox"/>						
8.10 Produtos lácteos	<input type="checkbox"/>						
8.11 Produtos macrobióticos	<input type="checkbox"/>						
8.12 Produtos exclusivamente vegetarianos	<input type="checkbox"/>						
8.13 Pão	<input type="checkbox"/>						
8.14 Fritos	<input type="checkbox"/>						

9. Há diversos impedimentos para uma alimentação sadia. Na lista que lhe propomos indique-os:

	Sim	Não	NS	NR
9.1 A falta de tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 O tipo de alimentos habitualmente disponíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 O preço dos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 As necessidades decorrentes de doenças de alguns membros da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5 Os gostos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6 A falta de vontade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7 Os hábitos e a rotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Quando um membro do seu agregado familiar fica doente, quais das seguintes ações efetua?

	Sim	Não	NS	NR
10.1 Recorre aos conselhos de outras pessoas (familiares, amigos ou vizinhos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 Recorre à farmácia caseira, utilizando também os medicamentos que o médico receitou em situações anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 Aconselha-se com o farmacêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4 Vai imediatamente ao médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5 Recorre às medicinas alternativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Fuma ou há na sua família alguém que fume regularmente?  Sim  Não  NS  NR

#### CONJUGE

12. É casada(o) e/ou vive com o seu cônjuge/companheiro(a)?  Sim  Não  NS  NR

13. O seu marido (esposa)/ cônjuge/companheiro(a) exerce alguma atividade profissional?  Sim  Não  NS  NR

14. Como considera o estado de saúde do seu marido (esposa)/ cônjuge/ companheiro (a)?

Mto boa	Boa	Razoável	Má	Mto Má	NS	NR
<input type="checkbox"/>						

#### FILHOS E OUTROS

15. Tem filhos que residam consigo?  Sim  Não  NS  NR

16. Como considera atualmente o estado de saúde dos seus filhos?

Mto boa	Boa	Razoável	Má	Mto Má	NS	NR
<input type="checkbox"/>						

17. Na sua casa reside alguém dependente ou fisicamente incapacitado?  Sim  Não  NS  NR

18. Quantas pessoas residem no domicílio não contando consigo? \_\_\_\_\_

19. Considera a sua habitação adequada a uma boa saúde?  Sim  Não  NS  NR

20. Número de divisões do seu alojamento: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO

21. Sexo  M  F

22. Ano de nascimento: \_\_\_\_\_ 23. Estado Civil: \_\_\_\_\_

24. Escolaridade (completa): \_\_\_\_\_ 25. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

26. Concelho de Residência: \_\_\_\_\_ 27. Freguesia de Residência \_\_\_\_\_

28. Exerce alguma atividade profissional?  Sim  Não  NS  NR

29. Trabalha no seu domicílio?  Sim  Não  NS  NR

30. Considera que a sua atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde?  Sim  Não  NS  NR

31. Trabalha por turnos?  Sim  Não  NS  NR

32. Costuma fazer horas extraordinárias?  Sim  Não  NS  NR

33. É beneficiária(o) da segurança social ou outro regime similar?  Sim  Não  NS  NR

34. Nos últimos 12 meses, faltou ao seu trabalho por motivo de saúde?  Sim  Não  NS  NR

35. Nos últimos 12 meses, faltou ao trabalho para cuidar de um familiar doente?  Sim  Não  NS  NR

36. Como considera a sua saúde?  Muito boa  Boa  Razoável  Má  Muito Má  NS  NR

Renovamos mais uma vez os nossos sinceros agradecimentos pela boa vontade que mostrou em colaborar connosco nesta investigação e pelo tempo que nos concedeu.



## Anexos – Capítulo VII

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,423 <sup>a</sup>	3	,001
Likelihood Ratio	14,179	3	,003
Linear-by-Linear Association	1,610	1	,205
N of Valid Cases	979		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,14.

## Ilustração 51: Teste do Qui Quadrado

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47,012 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	36,102	4	,000
Linear-by-Linear Association	29,518	1	,000
N of Valid Cases	985		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,96.

## Ilustração 52: Teste Qui Quadrado - faixa etária

## Considera-se uma pessoa saudável \* Estado civil Crosstabulation

			Estado civil				Total
			solteiro	Casado	Viuvo	Divorciado	
Considera-se uma pessoa saudável	Sim	Count	554	287	6	50	897
		Expected Count	546,4	291,1	7,3	52,2	897,0
	Não	Count	43	31	2	7	83
		Expected Count	50,6	26,9	,7	4,8	83,0
Total	Count	597	318	8	57	980	
	Expected Count	597,0	318,0	8,0	57,0	980,0	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,795 <sup>a</sup>	3	,122
Likelihood Ratio	4,827	3	,185
Linear-by-Linear Association	3,742	1	,053
N of Valid Cases	980		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,68.

## Ilustração 53: Tabela cruzada entre percepção de saúde e estado civil e teste do Qui Quadrado

**Considera-se uma pessoa saudável \* Exerce alguma actividade profissional? Crosstabulation**

			Exerce alguma actividade profissional?		Total
			Sim	Não	
Considera-se uma pessoa saudável	Sim	Count	581	290	871
		Expected Count	565,5	305,5	871,0
	Não	Count	39	45	84
		Expected Count	54,5	29,5	84,0
Total	Count	620	335	955	
	Expected Count	620,0	335,0	955,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13,831 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	12,955	1	,000		
Likelihood Ratio	13,184	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	13,816	1	,000		
N of Valid Cases	955				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,47.

b. Computed only for a 2x2 table

**Ilustração 54: Tabela cruzada entre percepção de saúde e atividade profissional e teste do Qui Quadrado****Considera-se uma pessoa saudável \* Escolaridade Crosstabulation**

			Escolaridade					Total
			1º Ciclo	2º ciclo	3º Ciclo	Secundario	Universitário	
Considera-se uma pessoa saudável	Sim	Count	29	35	55	241	535	895
		Expected Count	36,6	44,8	55,8	245,3	512,5	895,0
	Não	Count	11	14	6	27	25	83
		Expected Count	3,4	4,2	5,2	22,7	47,5	83,0
Total	Count	40	49	61	268	560	978	
	Expected Count	40,0	49,0	61,0	268,0	560,0	978,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	56,749 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	43,870	4	,000
Linear-by-Linear Association	50,874	1	,000
N of Valid Cases	978		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,39.

**Ilustração 55: Tabela cruzada percepção de saúde e escolaridade e teste do Qui Quadrado**

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19,545 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	17,550	1	,000		
Likelihood Ratio	14,273	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	19,525	1	,000		
N of Valid Cases	942				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,46.

b. Computed only for a 2x2 table

## Ilustração 56: Tabela do Qui Quadrado sobre adequação da habitação

## Considera-se uma pessoa saudável \* Quantas pessoas residem no domicílio não contando consigo? Crosstabulation

		Quantas pessoas residem no domicílio não contando consigo?									Total	
		Zero	Uma	Duas	Três	Quatro	Cinco	Seis	Sete	Oito		
Considera-se uma pessoa saudável	Sim	Count	62	201	217	258	79	27	4	4	1	853
		Expected Count	64,9	203,9	211,2	248,7	83,2	32,0	4,6	3,7	,9	853,0
	Não	Count	9	22	14	14	12	8	1	0	0	80
		Expected Count	6,1	19,1	19,8	23,3	7,8	3,0	,4	,3	,1	80,0
Total	Count	71	223	231	272	91	35	5	4	1	933	
	Expected Count	71,0	223,0	231,0	272,0	91,0	35,0	5,0	4,0	1,0	933,0	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,815 <sup>a</sup>	8	,008
Likelihood Ratio	18,745	8	,016
Linear-by-Linear Association	,232	1	,630
N of Valid Cases	933		

a. 7 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

## Ilustração 57: Percepção de saúde e número de residentes no domicílio e teste de Qui quadrado

## Crosstab

		Vai ao médico só quando está doente?		Total	
		Sim	Não		
Considera-se uma pessoa saudável	Sim	Count	456	433	889
		Expected Count	460,5	428,5	889,0
	Não	Count	49	37	86
		Expected Count	44,5	41,5	86,0
Total	Count	505	470	975	
	Expected Count	505,0	470,0	975,0	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,014 <sup>a</sup>	1	,314		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,800	1	,371		
Likelihood Ratio	1,018	1	,313		
Fisher's Exact Test				,366	,186
Linear-by-Linear Association	1,013	1	,314		
N of Valid Cases	975				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 41,46.

b. Computed only for a 2x2 table

## Ilustração 58: Tabela Cruzada percepção de saúde e ida ao médico em caso de doença e teste de Qui quadrado

Crosstab

			Ao longo dos últimos 12 meses foi a alguma consulta?		Total
			Sim	Não	
Considera-se uma pessoa saudável	Sim	Count	807	81	888
		Expected Count	812,3	75,7	888,0
	Não	Count	84	2	86
		Expected Count	78,7	7,3	86,0
Total	Count	891	83	974	
	Expected Count	891,0	83,0	974,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,645 <sup>a</sup>	1	,031		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,815	1	,051		
Likelihood Ratio	6,217	1	,013		
Fisher's Exact Test				,026	,016
Linear-by-Linear Association	4,641	1	,031		
N of Valid Cases	974				

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,33.

b. Computed only for a 2x2 table

**Ilustração 59: Tabela Cruzada percepção de saúde e ida a consulta nos últimos 12 meses e teste de *qui quadrado***

= 133,172,  $p= 0$ ,  $N=875$ )<sup>14</sup>. Nestes dois casos a percepção de a atividade profissional exercer efeitos sobre a saúde depende destas variáveis.

Crosstab

			Trabalha no seu domicílio?		Total
			Sim	Não	
Considera que a sua atividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde?	Sim	Count	117	495	612
		Expected Count	109,5	502,5	612,0
	Não	Count	44	244	288
		Expected Count	51,5	236,5	288,0
Total	Count	161	739	900	
	Expected Count	161,0	739,0	900,0	

<sup>14</sup> Quadro na secção de anexos.

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,966 <sup>a</sup>	1	,161		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,713	1	,191		
Likelihood Ratio	2,010	1	,156		
Fisher's Exact Test				,192	,094
Linear-by-Linear Association	1,964	1	,161		
N of Valid Cases	900				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 51,52.

b. Computed only for a 2x2 table

## Crosstab

		Trabalha por turnos?		Total	
		Sim	Não		
Considera que a sua actividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde?	Sim	Count	75	530	605
		Expected Count	65,7	539,3	605,0
Não	Count	21	258	279	
	Expected Count	30,3	248,7	279,0	
Total	Count	96	788	884	
	Expected Count	96,0	788,0	884,0	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,678 <sup>a</sup>	1	,031		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4,188	1	,041		
Likelihood Ratio	4,964	1	,026		
Fisher's Exact Test				,036	,018
Linear-by-Linear Association	4,672	1	,031		
N of Valid Cases	884				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 30,30.

b. Computed only for a 2x2 table

		Costuma fazer horas extraordinárias?		Total	
		Sim	Não		
Considera que a sua actividade profissional pode exercer efeitos sobre a saúde?	Sim	Count	332	268	600
		Expected Count	253,7	346,3	600,0
	Não	Count	38	237	275
		Expected Count	116,3	158,7	275,0
Total		Count	370	505	875
		Expected Count	370,0	505,0	875,0

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	133,172 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	131,476	1	,000		
Likelihood Ratio	146,252	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	133,020	1	,000		
N of Valid Cases	875				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 116,29.

b. Computed only for a 2x2 table

## Pratica alguma actividade física? \* Considera-se uma pessoa saudável Crosstabulation

			Considera-se uma pessoa saudável		Total
			Sim	Não	
Pratica alguma actividade física?	Sim	% within Pratica alguma actividade física?	93,8%	6,3%	100,0%
		% within Considera-se uma pessoa saudável	59,5%	43,2%	58,2%
		% of Total	54,5%	3,6%	58,2%
	Não	% within Pratica alguma actividade física?	88,6%	11,4%	100,0%
		% within Considera-se uma pessoa saudável	40,5%	56,8%	41,8%
		% of Total	37,1%	4,8%	41,8%
Total		% within Pratica alguma actividade física?	91,6%	8,4%	100,0%
		% within Considera-se uma pessoa saudável	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	91,6%	8,4%	100,0%

Ilustração 60: Tabela cruzada percepção de saúde e prática de atividade física

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,113 <sup>a</sup>	1	,004		
Continuity Correction <sup>b</sup>	7,457	1	,006		
Likelihood Ratio	7,984	1	,005		
Fisher's Exact Test				,006	,003
Linear-by-Linear Association	8,105	1	,004		
N of Valid Cases	963				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33,90.

b. Computed only for a 2x2 table

## Tem filhos que residam consigo? \* Considera-se uma pessoa saudável Crosstabulation

		Considera-se uma pessoa saudável		Total	
		Sim	Não		
Tem filhos que residam consigo?	Sim	Count	296	44	340
		Expected Count	310,1	29,9	340,0
		% within Tem filhos que residam consigo?	87,1%	12,9%	100,0%
		% within Considera-se uma pessoa saudável	35,2%	54,3%	36,9%
	Não	Count	544	37	581
		Expected Count	529,9	51,1	581,0
		% within Tem filhos que residam consigo?	93,6%	6,4%	100,0%
		% within Considera-se uma pessoa saudável	64,8%	45,7%	63,1%
Total	Count	840	81	921	
	Expected Count	840,0	81,0	921,0	
	% within Tem filhos que residam consigo?	91,2%	8,8%	100,0%	
	% within Considera-se uma pessoa saudável	100,0%	100,0%	100,0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,552 <sup>a</sup>	1	,001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	10,747	1	,001		
Likelihood Ratio	11,124	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	11,539	1	,001		
N of Valid Cases	921				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,90.

b. Computed only for a 2x2 table

**Ilustração 61: tabela cruzada entre percepção de saúde e filhos a residir e teste do Qui Quadrado**

Fuma ou há na sua família alguém que fume regularmente? \* Como considera a sua saúde? Crosstabulation

			Como considera a sua saúde?					Total
			Muito Boa	Boa	Razoável	Má	Muito Má	
Fuma ou há na sua família alguém que fume regularmente?	Sim	Count	84	267	102	13	2	468
		Expected Count	93,7	269,6	94,7	8,6	1,4	468,0
		% within Fuma ou há na sua família alguém que fume regularmente?	17,9%	57,1%	21,8%	2,8%	,4%	100,0%
		% within Como considera a sua saúde?	42,9%	47,3%	51,5%	72,2%	66,7%	47,8%
	Não	Count	112	297	96	5	1	511
		Expected Count	102,3	294,4	103,3	9,4	1,6	511,0
		% within Fuma ou há na sua família alguém que fume regularmente?	21,9%	58,1%	18,8%	1,0%	,2%	100,0%
		% within Como considera a sua saúde?	57,1%	52,7%	48,5%	27,8%	33,3%	52,2%
Total	Count	196	564	198	18	3	979	
	Expected Count	196,0	564,0	198,0	18,0	3,0	979,0	
	% within Fuma ou há na sua família alguém que fume regularmente?	20,0%	57,6%	20,2%	1,8%	,3%	100,0%	
	% within Como considera a sua saúde?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,793 <sup>a</sup>	4	,099
Likelihood Ratio	7,926	4	,094
Linear-by-Linear Association	6,184	1	,013
N of Valid Cases	979		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,43.

Ilustração 62: Tabela Cruzada entre percepção de saúde e hábitos tabágicos e teste do Qui Quadrado

## Anexos – Capítulo VIII

### O Modelo de Equações Estruturais (SEM) e a abordagem MIMIC (Multiple Imputation and Multiple Causes)

Os modelos de Equações Estruturais são baseados em relações estatísticas entre variáveis latentes (não observáveis) e manifestas (observáveis). A abordagem SEM é uma extensão do modelo linear geral que estima, simultaneamente, as relações entre múltiplos independentes, dependentes e variáveis latentes. Neste sentido, o SEM inclui a análise de fatores e regressão multivariada como casos especiais, integrando portanto dois aspetos importantes da análise económica e de gestão: (a) mensurabilidade da variável e (b) a relação causal entre eles (Mourão & Dell'anno, 2012) .

O modelo MIMIC teve a sua origem em Jöreskog & Goldberger (1975) e foi introduzido na análise económica e de gestão por Weck-Hannemann (1983).

O modelo de medida define as relações entre uma variável latente e seus indicadores e um modelo estrutural que especifica as relações casuais entre uma variável latente e suas causas. A equação de medição em notação de matriz é dado por:

$$y = \lambda F + \varepsilon \quad (1)$$

$(d \times 1)$        $(d \times 1)$     $(1 \times 1)$     $(d \times 1)$

onde a variável latente (F) determina de forma linear, sujeito a perturbações  $\varepsilon = (\varepsilon_1, \varepsilon_2, \dots, \varepsilon_d)$ , um conjunto de d indicadores endógenos  $y' = (y_1, y_2, \dots, y_d)'$ . A matriz de covariância da medição de erros,  $\varepsilon$ , é dada pela matriz  $\cup \varepsilon$ . Além disso  $\lambda$  é um vetor coluna  $(d \times 1)$  dos coeficientes de regressão que relacionam y a F.

A Equação 2 é uma equação estrutural, que mostra que a variável não observável F é determinada de forma linear pelo x conjunto de causas exógenas  $(\xi_1, \xi_2, \dots, \xi_\chi)$ . Porque o modelo de equações estruturais explica apenas parcialmente a variável latente, o termo de erro estrutural de perturbação,  $\zeta$ , representa o componente não explicado  $\beta$  que é um vetor de coeficientes estruturais  $(1 \times \chi)$  que descrevem a relação "causal" entre F e suas causas. Em notação matricial, é escrito como:

$$F = \beta' X + \zeta \quad (2)$$

$(1 \times 1) \quad (1 \times c) \quad (c \times 1) \quad (1 \times 1)$

Sem perda de generalidade, todas as variáveis são consideradas para transportar zero expectativas.  $[E(F) = E(x) = E(y) = 0]$ , e a variância do termo de perturbação estrutural  $\zeta$  é abreviado por  $\Psi$ . O modelo MIMIC também assume que (a)  $E(\zeta) = E(\varepsilon) = 0$  os termos de erro não estão correlacionados com as causas  $[E(\xi\zeta) = 0]$ ; (b) os termos de erro no modelo de medição não se correlacionam nem com as causas  $[E(\xi\varepsilon x) = 0]$ ; nem com (c) a variável latente  $[E(\Phi\varepsilon x) = 0]$  e, finalmente, (d) erros de medição não se correlacionam com alterações estruturais  $[E(\varepsilon\zeta) = 0]$ . A partir das equações (1) e (2) e a utilização das definições do modelo MIMIC, pode ser resolvida para a forma reduzida como uma função das variáveis observáveis  $x$  e  $y$ , como se mostra na equação 3:

$$y = \Pi'x + z, \quad (3)$$

Onde  $\Pi = \lambda\beta'$  é uma matriz de coeficientes  $\chi \xi \delta$  de forma reduzida e tem uma posição expressa em termos dos elementos  $c$  e  $d$  de coeficientes estruturais e medição, e  $\zeta = \lambda\zeta + \varepsilon$  é um vetor de perturbação de forma reduzida com  $\zeta \sim (0, \Omega)$ , em que a forma reduzida da matriz de covariância é dada por

$$\Omega = \lambda \Psi \lambda + \Theta\varepsilon \quad (4)$$

$(d \times d) \quad (d \times 1) \quad (1 \times 1) \quad (1 \times d) \quad (d \times d)$

Assumindo normalidade multivariada, as estimativas de máxima verosimilhança dos parâmetros são calculadas pela minimização da discrepância entre a matriz de covariância empírica,  $\Sigma$ , e a matriz de covariância implícita no modelo  $\Omega$  (Jöreskog 1967):

$$F_{ML} = \ln|\Omega| + tr(S\Omega - 1) - \ln|S| - (d+c), \quad (5)$$

onde " $|\cdot|$ " indica os determinantes de uma matriz,  $tr$  indica o traço,  $d$  é o número de valores observados para os indicadores endógenos ( $y$ ), e  $c$  é o número de valores observados para as causas exógenas ( $x$ ). A condição necessária para a identificação é a de que o número de parâmetros estruturais deve ser igual ao número de parâmetros na forma reduzida. Uma

observação dos parâmetros de forma reduzida mostra que uma solução única para os parâmetros estruturais  $\lambda$  e  $\beta$  não pode ser obtida a partir do modelo de forma reduzida.

Esta situação existe porque a alteração na escala de F produz um número infinito de soluções para  $\lambda$  e  $\beta$  pela mesma solução de forma reduzida. Esta incapacidade de obter soluções únicas para  $\lambda$  e  $\beta$  provoca um problema de identificação, que pode ser resolvido através da fixação da escala da variável não observada. Esta é a condição suficiente para a identificação, o que pode ser conseguido através da limitação de um dos caminhos a partir da variável latente para um dos seus indicadores variáveis (referência), atribuindo-se o valor de 1,0 para este caminho. Este procedimento amarra a variável latente ao indicador de referência.

### Anexo A. Comparações múltiplas de médias de factores por região e distrito (Teste Tukey)

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) NUT2	(J) NUT2	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower Bound	Upper Bound	
F3	Norte	Centro	,23998	,15341	,521	-,1793	,6592	
		Lisboa	-,10594	,15564	,961	-,3194	,5313	
		Alentejo	-,23287	,18244	,706	-,7314	,2657	
		Algarve	-,55440	,29457	,328	-1,3594	,2506	
	Centro	Norte	-,23998	,15341	,521	-,6592	,1793	
		Lisboa	-,13404	,17096	,935	-,6012	,3331	
		Alentejo	-,47284	,19567	,112	-1,0075	,0618	
		Algarve	-,79438	,30294	,067	-1,6222	,0335	
	Lisboa	Norte	-,10594	,15564	,961	-,5313	,3194	
		Centro	,13404	,17096	,935	-,3331	,6012	
		Alentejo	-,33880	,19742	,424	-,8783	,2007	
		Algarve	-,66034	,30408	,191	-1,4913	,1706	
	Alentejo	Norte	,23287	,18244	,706	-,2657	,7314	
		Centro	,47284	,19567	,112	-,0618	1,0075	
		Lisboa	,33880	,19742	,424	-,2007	,8783	
		Algarve	-,32154	,31863	,851	-1,1922	,5492	
	Algarve	Norte	,55440	,29457	,328	-,2506	1,3594	
		Centro	,79438	,30294	,067	-,0335	1,6222	
		Lisboa	,66034	,30408	,191	-,1706	1,4913	
		Alentejo	,32154	,31863	,851	-,5492	1,1922	
	F4	Norte	Centro	-,93486	,35570	,066	-1,9069	,0372
			Lisboa	-,50487	,36086	,628	-1,4910	,4813
			Alentejo	-1,64725*	,42299	,001	-2,8031	-,4914
			Algarve	-1,92728*	,68298	,039	-3,7937	-,0609
Centro		Norte	,93486	,35570	,066	-,0372	1,9069	
		Lisboa	,42999	,39637	,814	-,6532	1,5132	
		Alentejo	-,71239	,45366	,517	-1,9521	,5273	
		Algarve	-,99242	,70239	,619	-2,9118	,9270	
Lisboa		Norte	,50487	,36086	,628	-,4813	1,4910	
		Centro	-,42999	,39637	,814	-1,5132	,6532	
		Alentejo	-1,14239	,45772	,092	-2,3932	,1084	
		Algarve	-1,42241	,70502	,258	-3,3490	,5042	
Alentejo		Norte	1,64725*	,42299	,001	,4914	2,8031	
		Centro	,71239	,45366	,517	-,5273	1,9521	
		Lisboa	1,14239	,45772	,092	-,1084	2,3932	
		Algarve	-,28002	,73875	,996	-2,2988	1,7387	
Algarve		Norte	1,92728*	,68298	,039	,0609	3,7937	
		Centro	,99242	,70239	,619	-,9270	2,9118	
		Lisboa	1,42241	,70502	,258	-,5042	3,3490	
		Alentejo	,28002	,73875	,996	-1,7387	2,2988	
FG		Norte	Centro	-1,40008	,82788	,440	-3,6624	,8622
			Lisboa	,01664	,83990	1,000	-2,2785	2,3118
			Alentejo	-2,64722	,98449	,056	-5,3375	,0431
			Algarve	-5,07741*	1,58962	,013	-9,4213	-,7335
	Centro	Norte	1,40008	,82788	,440	-,8622	3,6624	
		Lisboa	1,41673	,92254	,539	-1,1043	3,9377	
		Alentejo	-1,24714	1,05588	,762	-4,1325	1,6382	
		Algarve	-3,67733	1,63479	,163	-8,1447	,7900	
	Lisboa	Norte	-,01664	,83990	1,000	-2,3118	2,2785	
		Centro	-1,41673	,92254	,539	-3,9377	1,1043	
		Alentejo	-2,66386	1,06533	,091	-5,5751	,2473	
		Algarve	-5,09406*	1,64091	,017	-9,5781	-,6100	
	Alentejo	Norte	2,64722	,98449	,056	-,0431	5,3375	
		Centro	1,24714	1,05588	,762	-1,6382	4,1325	
		Lisboa	2,66386	1,06533	,091	-,2473	5,5751	
		Algarve	-2,43019	1,71941	,619	-7,1288	2,2684	
	Algarve	Norte	5,07741*	1,58962	,013	,7335	9,4213	
		Centro	3,67733	1,63479	,163	-,7900	8,1447	
		Lisboa	5,09406*	1,64091	,017	,6100	9,5781	
		Alentejo	2,43019	1,71941	,619	-2,2684	7,1288	

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Distrito	(J) Distrito	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
FI	Viana do Castelo	Braga	-,12938	1,65727	1,000	-5,9264	5,6676
		Porto	,19786	1,51666	1,000	-5,1073	5,5030
		Vila Real	-3,48532	1,75216	,874	-9,6143	2,6436
		Bragança	-,02583	1,80592	1,000	-6,3428	6,2911
		Aveiro	-,34893	1,71049	1,000	-6,3321	5,6342
		Viseu	-3,08463	1,86625	,974	-9,6126	3,4434
		Guarda	-5,62638	1,94685	,260	-12,4363	1,1835
		Coimbra	,23870	1,79730	1,000	-6,0481	6,5255
		Castelo Branco	,39892	1,96300	1,000	-6,4675	7,2654
		Leiria	,76266	1,78108	1,000	-5,4674	6,9927
		Santarém	-3,00000	1,78903	,971	-9,2579	3,2579
		Portalegre	-4,12320	1,84431	,729	-10,5744	2,3281
		Lisboa	-,63800	1,49108	1,000	-5,8537	4,5777
		Setúbal	,15472	1,65727	1,000	-5,6423	5,9517
		Évora	-,20129	1,94685	1,000	-7,0112	6,6086
	Beja	-,19085	1,94685	1,000	-7,0008	6,6191	
	Faro	-3,49047	1,79730	,895	-9,7773	2,7964	
	Braga	Viana do Castelo	,12938	1,65727	1,000	-5,6676	5,9264
		Porto	,32723	1,12098	1,000	-3,5939	4,2483
		Vila Real	-3,35595	1,42351	,640	-8,3353	1,6234
		Bragança	,10355	1,48918	1,000	-5,1055	5,3126
		Aveiro	-,21955	1,37190	1,000	-5,0183	4,5792
		Viseu	-2,95526	1,56180	,914	-8,4183	2,5078
		Guarda	-5,49701	1,65727	,087	-11,2940	,3000
		Coimbra	,36808	1,47872	1,000	-4,8044	5,5405
		Castelo Branco	,52830	1,67622	1,000	-5,3350	6,3916
		Leiria	,89204	1,45896	1,000	-4,2113	5,9954
		Santarém	-2,87063	1,46865	,890	-8,0079	2,2666
		Portalegre	-3,99382	1,53551	,454	-9,3649	1,3773
		Lisboa	-,50862	1,08611	1,000	-4,3077	3,2905
		Setúbal	,28410	1,30493	1,000	-4,2805	4,8487
		Évora	-,07192	1,65727	1,000	-5,8689	5,7251
	Beja	-,06148	1,65727	1,000	-5,8585	5,7355	
	Faro	-3,36109	1,47872	,703	-8,5335	1,8114	
	Porto	Viana do Castelo	-,19786	1,51666	1,000	-5,5030	5,1073
		Braga	-,32723	1,12098	1,000	-4,2483	3,5939
		Vila Real	-3,68318	1,25703	,238	-8,0802	,7138
		Bragança	-,22368	1,33094	1,000	-4,8792	4,4318
		Aveiro	-,54678	1,19826	1,000	-4,7382	3,6446
		Viseu	-3,28249	1,41172	,665	-8,2206	1,6556
		Guarda	-5,82424	1,51666	,015	-11,1294	-,5191
		Coimbra	,04084	1,31922	1,000	-4,5737	4,6554
Castelo Branco		,20107	1,53735	1,000	-5,1765	5,5786	
Leiria		,56481	1,29703	1,000	-3,9721	5,1017	
Santarém		-3,19786	1,30793	,573	-7,7729	1,3772	
Portalegre		-4,32105	1,38258	,148	-9,1572	,5151	
Lisboa		-,83585	,85637	1,000	-3,8314	2,1597	
Setúbal		-,04314	1,12098	1,000	-3,9642	3,8780	
Évora		-,39915	1,51666	1,000	-5,7043	4,9060	
Beja	-,38871	1,51666	1,000	-5,6939	4,9165		
Faro	-3,68833	1,31922	,317	-8,3029	,9262		
Vila Real	Viana do Castelo	3,48532	1,75216	,874	-2,6436	9,6143	
	Braga	3,35595	1,42351	,640	-1,6234	8,3353	
	Porto	3,68318	1,25703	,238	-,7138	8,0802	
	Bragança	3,45949	1,59412	,773	-2,1166	9,0356	
	Aveiro	3,13639	1,48514	,809	-2,0585	8,3313	
	Viseu	,40069	1,66216	1,000	-5,4134	6,2148	
	Guarda	-2,14106	1,75216	,999	-8,2700	3,9879	
	Coimbra	3,72402	1,58435	,646	-1,8179	9,2660	
	Castelo Branco	3,88425	1,77010	,757	-2,3074	10,0759	
	Leiria	4,24798	1,56592	,373	-1,2295	9,7255	
	Santarém	,48532	1,57496	1,000	-5,0238	5,9944	
	Portalegre	-,63787	1,63748	1,000	-6,3656	5,0899	
Lisboa	2,84732	1,22604	,667	-1,4413	7,1359		
Setúbal	3,64004	1,42351	,487	-1,3393	8,6194		
Évora	3,28403	1,75216	,921	-2,8449	9,4130		

Bragança	Beja	3,29447	1,75216	,919	-2,8345	9,4234
	Faro	-,00515	1,58435	1,000	-5,5471	5,5368
	Viana do Castelo	,02583	1,80592	1,000	-6,2911	6,3428
	Braga	-,10355	1,48918	1,000	-5,3126	5,1055
	Porto	,22368	1,33094	1,000	-4,4318	4,8792
	Vila Real	-3,45949	1,59412	,773	-9,0356	2,1166
	Aveiro	-,32310	1,54820	1,000	-5,7386	5,0924
	Viseu	-3,05880	1,71873	,949	-9,0708	2,9532
	Guarda	-5,60055	1,80592	,157	-11,9175	,7164
	Coimbra	,26453	1,64360	1,000	-5,4847	6,0137
	Castelo Branco	,42475	1,82333	1,000	-5,9531	6,8026
	Leiria	,78849	1,62585	1,000	-4,8986	6,4756
	Santarém	-2,97418	1,63455	,938	-8,6917	2,7434
	Portalegre	-4,09737	1,69488	,595	-10,0259	1,8312
	Lisboa	-,61217	1,30171	1,000	-5,1654	3,9411
	Setúbal	,18055	1,48918	1,000	-5,0285	5,3896
	Évora	-,17547	1,80592	1,000	-6,4924	6,1415
	Beja	-,16503	1,80592	1,000	-6,4820	6,1519
	Faro	-3,46464	1,64360	,811	-9,2138	2,2846
	Aveiro	Viana do Castelo	,34893	1,71049	1,000	-5,6342	6,3321
Braga		,21955	1,37190	1,000	-4,5792	5,0183
Porto		,54678	1,19826	1,000	-3,6446	4,7382
Vila Real		-3,13639	1,48514	,809	-8,3313	2,0585
Bragança		,32310	1,54820	1,000	-5,0924	5,7386
Viseu		-2,73570	1,61817	,968	-8,3959	2,9245
Guarda		-5,27745	1,71049	,164	-11,2606	,7057
Coimbra		,58763	1,53814	1,000	-4,7927	5,9679
Castelo Branco		,74785	1,72886	1,000	-5,2996	6,7953
Leiria		1,11159	1,51915	1,000	-4,2023	6,4255
Santarém		-2,65108	1,52846	,960	-7,9975	2,6954
Portalegre		-3,77427	1,59281	,631	-9,3458	1,7973
Lisboa		-,28907	1,16571	1,000	-4,3666	3,7885
Setúbal		,50365	1,37190	1,000	-4,2951	5,3024
Évora		,14763	1,71049	1,000	-5,8355	6,1308
Beja		,15807	1,71049	1,000	-5,8251	6,1412
Faro	-3,14154	1,53814	,848	-8,5218	2,2387	
Viseu	Viana do Castelo	3,08463	1,86625	,974	-3,4434	9,6126
	Braga	2,95526	1,56180	,914	-2,5078	8,4183
	Porto	3,28249	1,41172	,665	-1,6556	8,2206
	Vila Real	-,40069	1,66216	1,000	-6,2148	5,4134
	Bragança	3,05880	1,71873	,949	-2,9532	9,0708
	Aveiro	2,73570	1,61817	,968	-2,9245	8,3959
	Guarda	-2,54175	1,86625	,997	-9,0698	3,9863
	Coimbra	3,32333	1,70967	,894	-2,6570	9,3036
	Castelo Branco	3,48356	1,88310	,929	-3,1034	10,0705
	Leiria	3,84729	1,69261	,703	-2,0733	9,7679
	Santarém	,08463	1,70097	1,000	-5,8653	6,0345
	Portalegre	-1,03856	1,75902	1,000	-7,1915	5,1144
	Lisboa	2,44663	1,38420	,952	-2,3952	7,2884
	Setúbal	3,23935	1,56180	,831	-2,2237	8,7024
	Évora	2,88334	1,86625	,987	-3,6447	9,4113
	Beja	2,89378	1,86625	,987	-3,6342	9,4218
Faro	-,40584	1,70967	1,000	-6,3861	5,5745	
Guarda	Viana do Castelo	5,62638	1,94685	,260	-1,1835	12,4363
	Braga	5,49701	1,65727	,087	-,3000	11,2940
	Porto	5,82424	1,51666	,015	,5191	11,1294
	Vila Real	2,14106	1,75216	,999	-3,9879	8,2700
	Bragança	5,60055	1,80592	,157	-,7164	11,9175
	Aveiro	5,27745	1,71049	,164	-,7057	11,2606
	Viseu	2,54175	1,86625	,997	-3,9863	9,0698
	Coimbra	5,86508	1,79730	,101	-,4217	12,1519
	Castelo Branco	6,02531	1,96300	,170	-,8411	12,8917
	Leiria	6,38904	1,78108	,037	,1590	12,6191
	Santarém	2,62638	1,78903	,993	-3,6315	8,8843
	Portalegre	1,50319	1,84431	1,000	-4,9481	7,9544
	Lisboa	4,98838	1,49108	,080	-,2273	10,2041
	Setúbal	5,78110	1,65727	,052	-,0159	11,5781
	Évora	5,42509	1,94685	,323	-1,3848	12,2350
	Beja	5,43553	1,94685	,320	-1,3744	12,2455
Faro	2,13591	1,79730	,999	-4,1509	8,4227	

Coimbra	Viana do Castelo	-23870	1,79730	1,000	-6,5255	6,0481	
	Braga	-36808	1,47872	1,000	-5,5405	4,8044	
	Porto	-,04084	1,31922	1,000	-4,6554	4,5737	
	Vila Real	-3,72402	1,58435	,646	-9,2660	1,8179	
	Bragança	-,26453	1,64360	1,000	-6,0137	5,4847	
	Aveiro	-,58763	1,53814	1,000	-5,9679	4,7927	
	Viseu	-3,32333	1,70967	,894	-9,3036	2,6570	
	Guarda	-5,86508	1,79730	,101	-12,1519	,4217	
	Castelo Branco	,16022	1,81479	1,000	-6,1878	6,5082	
	Leiria	,52396	1,61627	1,000	-5,1296	6,1776	
	Santarém	-3,23870	1,62503	,872	-8,9229	2,4455	
	Portalegre	-4,36190	1,68569	,464	-10,2583	1,5345	
	Lisboa	-,87670	1,28973	1,000	-5,3881	3,6347	
	Setúbal	-,08398	1,47872	1,000	-5,2564	5,0885	
	Évora	-,44000	1,79730	1,000	-6,7268	5,8468	
	Beja	-,42956	1,79730	1,000	-6,7164	5,8573	
	Faro	-3,72917	1,63413	,696	-9,4452	1,9869	
	Castelo Branco	Viana do Castelo	-,39892	1,96300	1,000	-7,2654	6,4675
		Braga	-,52830	1,67622	1,000	-6,3916	5,3350
Porto		-,20107	1,53735	1,000	-5,5786	5,1765	
Vila Real		-3,88425	1,77010	,757	-10,0759	2,3074	
Bragança		-,42475	1,82333	1,000	-6,8026	5,9531	
Aveiro		-,74785	1,72886	1,000	-6,7953	5,2996	
Viseu		-3,48356	1,88310	,929	-10,0705	3,1034	
Guarda		-6,02531	1,96300	,170	-12,8917	,8411	
Coimbra		-,16022	1,81479	1,000	-6,5082	6,1878	
Leiria		,36374	1,79873	1,000	-5,9281	6,6555	
Santarém		-3,39893	1,80660	,918	-9,7183	2,9204	
Portalegre		-4,52212	1,86136	,585	-11,0330	1,9888	
Lisboa		-1,03692	1,51211	1,000	-6,3262	4,2523	
Setúbal		-,24420	1,67622	1,000	-6,1075	5,6191	
Évora		-,60022	1,96300	1,000	-7,4667	6,2662	
Beja		-,58978	1,96300	1,000	-7,4562	6,2767	
Faro	-3,88939	1,81479	,790	-10,2374	2,4586		
Leiria	Viana do Castelo	-,76266	1,78108	1,000	-6,9927	5,4674	
	Braga	-,89204	1,45896	1,000	-5,9954	4,2113	
	Porto	-,56481	1,29703	1,000	-5,1017	3,9721	
	Vila Real	-4,24798	1,56592	,373	-9,7255	1,2295	
	Bragança	-,78849	1,62585	1,000	-6,4756	4,8986	
	Aveiro	-1,11159	1,51915	1,000	-6,4255	4,2023	
	Viseu	-3,84729	1,69261	,703	-9,7679	2,0733	
	Guarda	-6,38904	1,78108	,037	-12,6191	-,1590	
	Coimbra	-,52396	1,61627	1,000	-6,1776	5,1296	
	Castelo Branco	-,36374	1,79873	1,000	-6,6555	5,9281	
	Santarém	-3,76267	1,60706	,653	-9,3841	1,8587	
	Portalegre	-4,88586	1,66838	,239	-10,7217	,9500	
	Lisboa	-1,40066	1,26702	1,000	-5,8326	3,0313	
	Setúbal	-,60794	1,45896	1,000	-5,7113	4,4954	
	Évora	-,96396	1,78108	1,000	-7,1940	5,2661	
Beja	-,95352	1,78108	1,000	-7,1836	5,2766		
Faro	-4,25313	1,61627	,431	-9,9067	1,4005		
Santarém	Viana do Castelo	3,00000	1,78903	,971	-3,2579	9,2579	
	Braga	2,87063	1,46865	,890	-2,2666	8,0079	
	Porto	3,19786	1,30793	,573	-1,3772	7,7729	
	Vila Real	-,48532	1,57496	1,000	-5,9944	5,0238	
	Bragança	2,97418	1,63455	,938	-2,7434	8,6917	
	Aveiro	2,65108	1,52846	,960	-2,6954	7,9975	
	Viseu	-,08463	1,70097	1,000	-6,0345	5,8653	
	Guarda	-2,62638	1,78903	,993	-8,8843	3,6315	
	Coimbra	3,23870	1,62503	,872	-2,4455	8,9229	
	Castelo Branco	3,39893	1,80660	,918	-2,9204	9,7183	
	Leiria	3,76267	1,60706	,653	-1,8587	9,3841	
	Portalegre	-1,12319	1,67687	1,000	-6,9888	4,7424	
	Lisboa	2,36201	1,27817	,930	-2,1089	6,8330	
	Setúbal	3,15472	1,46865	,787	-1,9825	8,2920	
	Évora	2,79871	1,78903	,985	-3,4592	9,0566	
	Beja	2,80915	1,78903	,985	-3,4487	9,0670	
Faro	-,49047	1,62503	1,000	-6,1747	5,1938		
Portalegre	Viana do Castelo	4,12320	1,84431	,729	-2,3281	10,5744	
	Braga	3,99382	1,53551	,454	-1,3773	9,3649	

		Porto	4,32105	1,38258	,148	-,5151	9,1572
		Vila Real	,63787	1,63748	1,000	-5,0899	6,3656
		Bragança	4,09737	1,69488	,595	-1,8312	10,0259
		Aveiro	3,77427	1,59281	,631	-1,7973	9,3458
		Viseu	1,03856	1,75902	1,000	-5,1144	7,1915
		Guarda	-1,50319	1,84431	1,000	-7,9544	4,9481
		Coimbra	4,36190	1,68569	,464	-1,5345	10,2583
		Castelo Branco	4,52212	1,86136	,585	-1,9888	11,0330
		Leiria	4,88586	1,66838	,239	-,9500	10,7217
		Santarém	1,12319	1,67687	1,000	-4,7424	6,9888
		Lisboa	3,48520	1,35446	,475	-1,2526	8,2230
		Setúbal	4,27792	1,53551	,323	-1,0932	9,6490
		Évora	3,92190	1,84431	,800	-2,5294	10,3732
		Beja	3,93234	1,84431	,797	-2,5189	10,3836
		Faro	,63273	1,68569	1,000	-5,2637	6,5291
	Lisboa	Viana do Castelo	,63800	1,49108	1,000	-4,5777	5,8537
		Braga	,50862	1,08611	1,000	-3,2905	4,3077
		Porto	,83585	,85637	1,000	-2,1597	3,8314
		Vila Real	-2,84732	1,22604	,667	-7,1359	1,4413
		Bragança	,61217	1,30171	1,000	-3,9411	5,1654
		Aveiro	,28907	1,16571	1,000	-3,7885	4,3666
		Viseu	-2,44663	1,38420	,952	-7,2884	2,3952
		Guarda	-4,98838	1,49108	,080	-10,2041	,2273
		Coimbra	,87670	1,28973	1,000	-3,6347	5,3881
		Castelo Branco	1,03692	1,51211	1,000	-4,2523	6,3262
		Leiria	1,40066	1,26702	1,000	-3,0313	5,8326
		Santarém	-2,36201	1,27817	,930	-6,8330	2,1089
		Portalegre	-3,48520	1,35446	,475	-8,2230	1,2526
		Setúbal	,79272	1,08611	1,000	-3,0064	4,5918
		Évora	,43670	1,49108	1,000	-4,7790	5,6524
		Beja	,44714	1,49108	1,000	-4,7685	5,6628
	Faro	-2,85247	1,28973	,746	-7,3638	1,6589	
	Setúbal	Viana do Castelo	-,15472	1,65727	1,000	-5,9517	5,6423
		Braga	-,28410	1,30493	1,000	-4,8487	4,2805
		Porto	,04314	1,12098	1,000	-3,8780	3,9642
		Vila Real	-3,64004	1,42351	,487	-8,6194	1,3393
		Bragança	-,18055	1,48918	1,000	-5,3896	5,0285
		Aveiro	-,50365	1,37190	1,000	-5,3024	4,2951
		Viseu	-3,23935	1,56180	,831	-8,7024	2,2237
		Guarda	-5,78110	1,65727	,052	-11,5781	,0159
		Coimbra	,08398	1,47872	1,000	-5,0885	5,2564
		Castelo Branco	,24420	1,67622	1,000	-5,6191	6,1075
		Leiria	,60794	1,45896	1,000	-4,4954	5,7113
		Santarém	-3,15472	1,46865	,787	-8,2920	1,9825
		Portalegre	-4,27792	1,53551	,323	-9,6490	1,0932
		Lisboa	-,79272	1,08611	1,000	-4,5918	3,0064
	Évora	-,35601	1,65727	1,000	-6,1530	5,4410	
	Beja	-,34557	1,65727	1,000	-6,1426	5,4514	
	Faro	-3,64519	1,47872	,558	-8,8176	1,5273	
	Évora	Viana do Castelo	,20129	1,94685	1,000	-6,6086	7,0112
		Braga	,07192	1,65727	1,000	-5,7251	5,8689
		Porto	,39915	1,51666	1,000	-4,9060	5,7043
		Vila Real	-3,28403	1,75216	,921	-9,4130	2,8449
		Bragança	,17547	1,80592	1,000	-6,1415	6,4924
		Aveiro	-,14763	1,71049	1,000	-6,1308	5,8355
		Viseu	-2,88334	1,86625	,987	-9,4113	3,6447
		Guarda	-5,42509	1,94685	,323	-12,2350	1,3848
		Coimbra	,44000	1,79730	1,000	-5,8468	6,7268
		Castelo Branco	,60022	1,96300	1,000	-6,2662	7,4667
		Leiria	,96396	1,78108	1,000	-5,2661	7,1940
		Santarém	-2,79871	1,78903	,985	-9,0566	3,4592
		Portalegre	-3,92190	1,84431	,800	-10,3732	2,5294
		Lisboa	-,43670	1,49108	1,000	-5,6524	4,7790
	Setúbal	,35601	1,65727	1,000	-5,4410	6,1530	
	Beja	,01044	1,94685	1,000	-6,7995	6,8204	
	Faro	-3,28917	1,79730	,935	-9,5760	2,9977	
	Beja	Viana do Castelo	,19085	1,94685	1,000	-6,6191	7,0008
		Braga	,06148	1,65727	1,000	-5,7355	5,8585
		Porto	,38871	1,51666	1,000	-4,9165	5,6939
		Vila Real	-3,29447	1,75216	,919	-9,4234	2,8345

		Bragança	,16503	1,80592	1,000	-6,1519	6,4820	
		Aveiro	-,15807	1,71049	1,000	-6,1412	5,8251	
		Viseu	-2,89378	1,86625	,987	-9,4218	3,6342	
		Guarda	-5,43553	1,94685	,320	-12,2455	1,3744	
		Coimbra	,42956	1,79730	1,000	-5,8573	6,7164	
		Castelo Branco	,58978	1,96300	1,000	-6,2767	7,4562	
		Leiria	,95352	1,78108	1,000	-5,2766	7,1836	
		Santarém	-2,80915	1,78903	,985	-9,0670	3,4487	
		Portalegre	-3,93234	1,84431	,797	-10,3836	2,5189	
		Lisboa	-,44714	1,49108	1,000	-5,6628	4,7685	
		Setúbal	,34557	1,65727	1,000	-5,4514	6,1426	
		Évora	-,01044	1,94685	1,000	-6,8204	6,7995	
		Faro	-3,29961	1,79730	,933	-9,5864	2,9872	
		Faro	Viana do Castelo	3,49047	1,79730	,895	-2,7964	9,7773
			Braga	3,36109	1,47872	,703	-1,8114	8,5335
	Porto		3,68833	1,31922	,317	-,9262	8,3029	
	Vila Real		,00515	1,58435	1,000	-5,5368	5,5471	
	Bragança		3,46464	1,64360	,811	-2,2846	9,2138	
	Aveiro		3,14154	1,53814	,848	-2,2387	8,5218	
	Viseu		,40584	1,70967	1,000	-5,5745	6,3861	
	Guarda		-2,13591	1,79730	,999	-8,4227	4,1509	
	Coimbra		3,72917	1,63413	,696	-1,9869	9,4452	
	Castelo Branco		3,88939	1,81479	,790	-2,4586	10,2374	
	Leiria		4,25313	1,61627	,431	-1,4005	9,9067	
	Santarém		,49047	1,62503	1,000	-5,1938	6,1747	
Portalegre	-,63273		1,68569	1,000	-6,5291	5,2637		
Lisboa	2,85247		1,28973	,746	-1,6589	7,3638		
Setúbal	3,64519		1,47872	,558	-1,5273	8,8176		
Évora	3,28917	1,79730	,935	-2,9977	9,5760			
Beja	3,29961	1,79730	,933	-2,9872	9,5864			
F2	Viana do Castelo	Braga	,42213	,29527	,994	-,6107	1,4549	
		Porto	,27385	,27022	1,000	-,6713	1,2190	
		Vila Real	,53669	,31217	,963	-,5553	1,6286	
		Bragança	1,26206*	,32175	,011	,1366	2,3875	
		Aveiro	,36813	,30475	,999	-,6979	1,4341	
		Viseu	,34681	,33250	1,000	-,8162	1,5099	
		Guarda	,93060	,34686	,394	-,2827	2,1439	
		Coimbra	,72879	,32022	,701	-,3913	1,8489	
		Castelo Branco	-,24615	,34974	1,000	-1,4695	,9772	
		Leiria	,34368	,31733	1,000	-,7663	1,4537	
		Santarém	,47316	,31874	,992	-,6418	1,5881	
		Portalegre	1,05612	,32859	,116	-,0933	2,2055	
		Lisboa	,47682	,26566	,945	-,4524	1,4061	
		Setúbal	,18219	,29527	1,000	-,8506	1,2150	
		Évora	,11920	,34686	1,000	-1,0941	1,3325	
	Beja	-,40870	,34686	,999	-1,6220	,8046		
	Faro	,34039	,32022	1,000	-,7797	1,4605		
	Braga	Viana do Castelo	-,42213	,29527	,994	-1,4549	,6107	
		Porto	-,14828	,19972	1,000	-,8469	,5503	
		Vila Real	,11456	,25362	1,000	-,7726	1,0017	
		Bragança	,83993	,26532	,133	-,0881	1,7680	
		Aveiro	-,05400	,24442	1,000	-,9090	,8010	
		Viseu	-,07532	,27826	1,000	-1,0486	,8980	
		Guarda	,50847	,29527	,962	-,5243	1,5413	
		Coimbra	,30666	,26346	1,000	-,6149	1,2282	
Castelo Branco		-,66828	,29864	,728	-1,7129	,3764		
Leiria		-,07845	,25993	1,000	-,9877	,8308		
Santarém		,05103	,26166	1,000	-,8642	,9663		
Portalegre		,63399	,27357	,670	-,3230	1,5909		
Lisboa		,05469	,19351	1,000	-,6222	,7316		
Setúbal		-,23994	,23249	1,000	-1,0532	,5733		
Évora		-,30293	,29527	1,000	-1,3357	,7299		
Beja	-,83083	,29527	,306	-1,8637	,2020			
Faro	-,08174	,26346	1,000	-1,0033	,8398			
Porto	Viana do Castelo	-,27385	,27022	1,000	-1,2190	,6713		
	Braga	,14828	,19972	1,000	-,5503	,8469		
	Vila Real	,26284	,22396	1,000	-,5205	1,0462		
	Bragança	,98821*	,23713	,004	,1588	1,8177		
	Aveiro	,09429	,21349	1,000	-,6525	,8411		
Viseu	,07297	,25152	1,000	-,8068	,9528			

		Guarda	,65676	,27022	,585	-,2884	1,6019
		Coimbra	,45495	,23504	,898	-,3672	1,2771
		Castelo Branco	-,51999	,27390	,912	-1,4781	,4381
		Leiria	,06984	,23109	1,000	-,7385	,8782
		Santarém	,19931	,23303	1,000	-,6158	1,0144
		Portalegre	,78227	,24633	,129	-,0794	1,6439
		Lisboa	,20297	,15257	,998	-,3307	,7367
		Setúbal	-,09165	,19972	1,000	-,7903	,6069
		Évora	-,15464	,27022	1,000	-1,0998	,7906
		Beja	-,68255	,27022	,511	-1,6277	,2626
		Faro	,06654	,23504	1,000	-,7556	,8887
	Vila Real	Viana do Castelo	-,53669	,31217	,963	-1,6286	,5553
		Braga	-,11456	,25362	1,000	-1,0017	,7726
		Porto	-,26284	,22396	1,000	-1,0462	,5205
		Bragança	,72537	,28401	,489	-,2681	1,7188
		Aveiro	-,16855	,26460	1,000	-1,0941	,7570
		Viseu	-,18987	,29614	1,000	-1,2257	,8460
		Guarda	,39391	,31217	,999	-,6980	1,4859
		Coimbra	,19211	,28227	1,000	-,7953	1,1795
		Castelo Branco	-,78283	,31537	,545	-1,8860	,3203
		Leiria	-,19300	,27899	1,000	-1,1689	,7829
		Santarém	-,06353	,28060	1,000	-1,0450	,9180
		Portalegre	,51943	,29174	,949	-,5011	1,5399
		Lisboa	-,05987	,21844	1,000	-,8239	,7042
		Setúbal	-,35449	,25362	,996	-1,2416	,5326
		Évora	-,41748	,31217	,997	-1,5094	,6745
		Beja	-,94539	,31217	,189	-2,0373	,1466
	Faro	-,19630	,28227	1,000	-1,1837	,7911	
	Bragança	Viana do Castelo	-1,26206 <sup>*</sup>	,32175	,011	-2,3875	-,1366
		Braga	-,83993	,26532	,133	-1,7680	,0881
		Porto	-,98821 <sup>*</sup>	,23713	,004	-1,8177	-,1588
		Vila Real	-,72537	,28401	,489	-1,7188	,2681
		Aveiro	-,89392	,27583	,108	-1,8588	,0709
		Viseu	-,91524	,30622	,207	-1,9864	,1559
		Guarda	-,33145	,32175	1,000	-1,4569	,7940
		Coimbra	-,53326	,29283	,938	-1,5576	,4910
		Castelo Branco	-1,50820 <sup>*</sup>	,32485	,001	-2,6445	-,3719
		Leiria	-,91837	,28967	,131	-1,9316	,0949
		Santarém	-,78890	,29122	,375	-1,8076	,2298
		Portalegre	-,20594	,30197	1,000	-1,2622	,8503
		Lisboa	-,78524	,23192	,071	-1,5965	,0260
		Setúbal	-1,07986 <sup>*</sup>	,26532	,006	-2,0079	-,1518
	Évora	-1,14285 <sup>*</sup>	,32175	,042	-2,2683	-,0174	
	Beja	-1,67076 <sup>*</sup>	,32175	,000	-2,7962	-,5453	
	Faro	-,92167	,29283	,139	-1,9460	,1026	
	Aveiro	Viana do Castelo	-,36813	,30475	,999	-1,4341	,6979
		Braga	,05400	,24442	1,000	-,8010	,9090
		Porto	-,09429	,21349	1,000	-,8411	,6525
		Vila Real	,16855	,26460	1,000	-,7570	1,0941
		Bragança	,89392	,27583	,108	-,0709	1,8588
		Viseu	-,02132	,28830	1,000	-1,0298	,9871
		Guarda	,56247	,30475	,930	-,5035	1,6285
		Coimbra	,36066	,27404	,998	-,5979	1,3192
		Castelo Branco	-,61428	,30802	,872	-1,6917	,4632
		Leiria	-,02445	,27066	1,000	-,9712	,9223
		Santarém	,10503	,27232	1,000	-,8475	1,0576
		Portalegre	,68798	,28378	,589	-,3047	1,6806
		Lisboa	,10869	,20769	1,000	-,6178	,8352
		Setúbal	-,18594	,24442	1,000	-1,0409	,6690
	Évora	-,24893	,30475	1,000	-1,3149	,8171	
	Beja	-,77684	,30475	,493	-1,8428	,2891	
	Faro	-,02774	,27404	1,000	-,9863	,9308	
	Viseu	Viana do Castelo	-,34681	,33250	1,000	-1,5099	,8162
		Braga	,07532	,27826	1,000	-,8980	1,0486
		Porto	-,07297	,25152	1,000	-,9528	,8068
		Vila Real	,18987	,29614	1,000	-,8460	1,2257
		Bragança	,91524	,30622	,207	-,1559	1,9864
		Aveiro	,02132	,28830	1,000	-,9871	1,0298
		Guarda	,58379	,33250	,955	-,5793	1,7468
	Coimbra	,38198	,30460	,999	-,6835	1,4475	

		Castelo Branco	-,59296	,33550	,952	-1,7665	,5806
		Leiria	-,00313	,30156	1,000	-1,0580	1,0517
		Santarém	,12635	,30305	1,000	-,9337	1,1864
		Portalegre	,70930	,31340	,710	-,3869	1,8055
		Lisboa	,13001	,24661	1,000	-,7326	,9926
		Setúbal	-,16462	,27826	1,000	-1,1379	,8087
		Évora	-,22761	,33250	1,000	-1,3907	,9355
		Beja	-,75552	,33250	,703	-1,9186	,4075
		Faro	-,00642	,30460	1,000	-1,0719	1,0591
		Viana do Castelo	-,93060	,34686	,394	-2,1439	,2827
Guarda	Braga	-,50847	,29527	,962	-1,5413	,5243	
	Porto	-,65676	,27022	,585	-1,6019	,2884	
	Vila Real	-,39391	,31217	,999	-1,4859	,6980	
	Bragança	,33145	,32175	1,000	-,7940	1,4569	
	Aveiro	-,56247	,30475	,930	-1,6285	,5035	
	Viseu	-,58379	,33250	,955	-1,7468	,5793	
	Coimbra	-,20181	,32022	1,000	-1,3219	,9183	
	Castelo Branco	-1,17675	,34974	,076	-2,4001	,0466	
	Leiria	-,58692	,31733	,929	-1,6969	,5231	
	Santarém	-,45744	,31874	,994	-1,5724	,6575	
	Portalegre	,12551	,32859	1,000	-1,0239	1,2749	
	Lisboa	-,45378	,26566	,965	-1,3830	,4755	
	Setúbal	-,74841	,29527	,504	-1,7812	,2844	
	Évora	-,81140	,34686	,654	-2,0247	,4019	
Beja	-1,33931 <sup>†</sup>	,34686	,014	-2,5526	-,1260		
Faro	-,59021	,32022	,931	-1,7103	,5299		
Coimbra	Viana do Castelo	-,72879	,32022	,701	-1,8489	,3913	
	Braga	-,30666	,26346	1,000	-1,2282	,6149	
	Porto	-,45495	,23504	,898	-1,2771	,3672	
	Vila Real	-,19211	,28227	1,000	-1,1795	,7953	
	Bragança	-,53326	,29283	,938	-,4910	1,5576	
	Aveiro	-,36066	,27404	,998	-1,3192	,5979	
	Viseu	-,38198	,30460	,999	-1,4475	,6835	
	Guarda	,20181	,32022	1,000	-,9183	1,3219	
	Castelo Branco	-,97494	,32333	,195	-2,1059	,1560	
	Leiria	-,38511	,28796	,997	-1,3924	,6222	
	Santarém	-,25563	,28952	1,000	-1,2684	,7571	
	Portalegre	,32732	,30033	1,000	-,7232	1,3779	
	Lisboa	-,25197	,22978	1,000	-1,0557	,5518	
	Setúbal	-,54660	,26346	,830	-1,4681	,3749	
	Évora	-,60959	,32022	,910	-1,7297	,5105	
	Beja	-1,13750 <sup>†</sup>	,32022	,042	-2,2576	-,0174	
Faro	-,38840	,29114	,998	-1,4068	,6300		
Castelo Branco	Viana do Castelo	,24615	,34974	1,000	-,9772	1,4695	
	Braga	,66828	,29864	,728	-,3764	1,7129	
	Porto	,51999	,27390	,912	-,4381	1,4781	
	Vila Real	,78283	,31537	,545	-,3203	1,8860	
	Bragança	1,50820 <sup>†</sup>	,32485	,001	,3719	2,6445	
	Aveiro	,61428	,30802	,872	-,4632	1,6917	
	Viseu	,59296	,33550	,952	-,5806	1,7665	
	Guarda	1,17675	,34974	,076	-,0466	2,4001	
	Coimbra	,97494	,32333	,195	-,1560	2,1059	
	Leiria	,58983	,32047	,932	-,5311	1,7108	
	Santarém	,71931	,32187	,730	-,4066	1,8452	
	Portalegre	1,30226 <sup>†</sup>	,33163	,011	,1423	2,4623	
	Lisboa	,72297	,26940	,393	-,2194	1,6653	
	Setúbal	,42834	,29864	,994	-,6163	1,4730	
	Évora	,36535	,34974	1,000	-,8580	1,5887	
	Beja	-,16256	,34974	1,000	-1,3859	1,0608	
Faro	,58654	,32333	,940	-,5445	1,7175		
Leiria	Viana do Castelo	-,34368	,31733	1,000	-1,4537	,7663	
	Braga	,07845	,25993	1,000	-,8308	,9877	
	Porto	-,06984	,23109	1,000	-,8782	,7385	
	Vila Real	,19300	,27899	1,000	-,7829	1,1689	
	Bragança	,91837	,28967	,131	-,0949	1,9316	
	Aveiro	,02445	,27066	1,000	-,9223	,9712	
	Viseu	,00313	,30156	1,000	-1,0517	1,0580	
	Guarda	,58692	,31733	,929	-,5231	1,6969	
	Coimbra	,38511	,28796	,997	-,6222	1,3924	
	Castelo Branco	-,58983	,32047	,932	-1,7108	,5311	

		Santarém	,12948	,28632	1,000	-,8721	1,1310
		Portalegre	,71243	,29725	,611	-,3273	1,7522
		Lisboa	,13314	,22574	1,000	-,6565	,9228
		Setúbal	-,16149	,25993	1,000	-1,0707	,7477
		Évora	-,22448	,31733	1,000	-1,3345	,8855
		Beja	-,75239	,31733	,630	-1,8624	,3576
		Faro	-,00329	,28796	1,000	-1,0106	1,0040
	Santarém	Viana do Castelo	-,47316	,31874	,992	-1,5881	,6418
		Braga	-,05103	,26166	1,000	-,9663	,8642
		Porto	-,19931	,23303	1,000	-1,0144	,6158
		Vila Real	,06353	,28060	1,000	-,9180	1,0450
		Bragança	,78890	,29122	,375	-,2298	1,8076
		Aveiro	-,10503	,27232	1,000	-1,0576	,8475
		Viseu	-,12635	,30305	1,000	-1,1864	,9337
		Guarda	,45744	,31874	,994	-,6575	1,5724
		Coimbra	,25563	,28952	1,000	-,7571	1,2684
		Castelo Branco	-,71931	,32187	,730	-1,8452	,4066
		Leiria	-,12948	,28632	1,000	-1,1310	,8721
		Portalegre	,58296	,29876	,891	-,4621	1,6280
		Lisboa	,00366	,22772	1,000	-,7929	,8002
		Setúbal	-,29097	,26166	1,000	-1,2062	,6243
		Évora	-,35396	,31874	1,000	-1,4689	,7610
		Beja	-,88186	,31874	,336	-1,9968	,2331
		Faro	-,13277	,28952	1,000	-1,1455	,8800
	Portalegre	Viana do Castelo	-1,05612	,32859	,116	-2,2055	,0933
		Braga	-,63399	,27357	,670	-1,5909	,3230
		Porto	-,78227	,24633	,129	-1,6439	,0794
		Vila Real	-,51943	,29174	,949	-1,5399	,5011
		Bragança	,20594	,30197	1,000	-,8503	1,2622
		Aveiro	-,68798	,28378	,589	-1,6806	,3047
		Viseu	-,70930	,31340	,710	-1,8055	,3869
		Guarda	-,12551	,32859	1,000	-1,2749	1,0239
		Coimbra	-,32732	,30033	1,000	-1,3779	,7232
		Castelo Branco	-1,30226	,33163	,011	-2,4623	-,1423
		Leiria	-,71243	,29725	,611	-1,7522	,3273
		Santarém	-,58296	,29876	,891	-1,6280	,4621
		Lisboa	-,57930	,24132	,608	-1,4234	,2648
		Setúbal	-,87392	,27357	,123	-1,8309	,0830
		Évora	-,93691	,32859	,283	-2,0863	,2125
		Beja	-1,46482	,32859	,001	-2,6142	-,3154
		Faro	-,71572	,30033	,621	-1,7663	,3348
	Lisboa	Viana do Castelo	-,47682	,26566	,945	-1,4061	,4524
		Braga	-,05469	,19351	1,000	-,7316	,6222
		Porto	-,20297	,15257	,998	-,7367	,3307
		Vila Real	,05987	,21844	1,000	-,7042	,8239
		Bragança	,78524	,23192	,071	-,0260	1,5965
		Aveiro	-,10869	,20769	1,000	-,8352	,6178
		Viseu	-,13001	,24661	1,000	-,9926	,7326
		Guarda	,45378	,26566	,965	-,4755	1,3830
		Coimbra	,25197	,22978	1,000	-,5518	1,0557
		Castelo Branco	-,72297	,26940	,393	-1,6653	,2194
		Leiria	-,13314	,22574	1,000	-,9228	,6565
		Santarém	-,00366	,22772	1,000	-,8002	,7929
		Portalegre	,57930	,24132	,608	-,2648	1,4234
		Setúbal	-,29463	,19351	,989	-,9715	,3822
		Évora	-,35762	,26566	,997	-1,2869	,5716
		Beja	-,88552	,26566	,083	-1,8148	,0437
		Faro	-,13643	,22978	1,000	-,9402	,6673
	Setúbal	Viana do Castelo	-,18219	,29527	1,000	-1,2150	,8506
		Braga	,23994	,23249	1,000	-,5733	1,0532
		Porto	,09165	,19972	1,000	-,6069	,7903
		Vila Real	,35449	,25362	,996	-,5326	1,2416
		Bragança	1,07986	,26532	,006	,1518	2,0079
		Aveiro	,18594	,24442	1,000	-,6690	1,0409
		Viseu	,16462	,27826	1,000	-,8087	1,1379
		Guarda	,74841	,29527	,504	-,2844	1,7812
		Coimbra	,54660	,26346	,830	-,3749	1,4681
		Castelo Branco	-,42834	,29864	,994	-1,4730	,6163
		Leiria	,16149	,25993	1,000	-,7477	1,0707
		Santarém	,29097	,26166	1,000	-,6243	1,2062

F3	Évora	Portalegre	,87392	,27357	,123	-,0830	1,8309
		Lisboa	,29463	,19351	,989	-,3822	,9715
		Évora	-,06299	,29527	1,000	-1,0958	,9698
		Beja	-,59090	,29527	,868	-1,6237	,4419
		Faro	-,15820	,26346	1,000	-,7633	1,0797
	Évora	Viana do Castelo	-,11920	,34686	1,000	-1,3325	1,0941
		Braga	,30293	,29527	1,000	-,7299	1,3357
		Porto	,15464	,27022	1,000	-,7906	1,0998
		Vila Real	,41748	,31217	,997	-,6745	1,5094
		Bragança	1,14285 <sup>†</sup>	,32175	,042	,0174	2,2683
		Aveiro	,24893	,30475	1,000	-,8171	1,3149
		Viseu	,22761	,33250	1,000	-,9355	1,3907
		Guarda	,81140	,34686	,654	-,4019	2,0247
		Coimbra	,60959	,32022	,910	-,5105	1,7297
		Castelo Branco	-,36535	,34974	1,000	-1,5887	,8580
		Leiria	,22448	,31733	1,000	-,8855	1,3345
		Santarém	,35396	,31874	1,000	-,7610	1,4689
		Portalegre	,93691	,32859	,283	-,2125	2,0863
		Lisboa	,35762	,26566	,997	-,5716	1,2869
		Setúbal	,06299	,29527	1,000	-,9698	1,0958
	Beja	-,52791	,34686	,989	-1,7412	,6854	
	Faro	,22119	,32022	1,000	-,8989	1,3413	
	Beja	Viana do Castelo	,40870	,34686	,999	-,8046	1,6220
		Braga	,83083	,29527	,306	-,2020	1,8637
		Porto	,68255	,27022	,511	-,2626	1,6277
		Vila Real	,94539	,31217	,189	-,1466	2,0373
		Bragança	1,67076 <sup>‡</sup>	,32175	,000	,5453	2,7962
		Aveiro	,77684	,30475	,493	-,2891	1,8428
		Viseu	,75552	,33250	,703	-,4075	1,9186
		Guarda	1,33931 <sup>†</sup>	,34686	,014	,1260	2,5526
		Coimbra	1,13750 <sup>†</sup>	,32022	,042	,0174	2,2576
		Castelo Branco	,16256	,34974	1,000	-1,0608	1,3859
		Leiria	,75239	,31733	,630	-,3576	1,8624
		Santarém	,88186	,31874	,336	-,2331	1,9968
		Portalegre	1,46482 <sup>†</sup>	,32859	,001	,3154	2,6142
		Lisboa	,88552	,26566	,083	-,0437	1,8148
		Setúbal	,59090	,29527	,868	-,4419	1,6237
	Évora	,52791	,34686	,989	-,6854	1,7412	
	Faro	,74910	,32022	,654	-,3710	1,8692	
	Faro	Viana do Castelo	-,34039	,32022	1,000	-1,4605	,7797
		Braga	,08174	,26346	1,000	-,8398	1,0033
		Porto	-,06654	,23504	1,000	-,8887	,7556
		Vila Real	,19630	,28227	1,000	-,7911	1,1837
		Bragança	,92167	,29283	,139	-,1026	1,9460
		Aveiro	,02774	,27404	1,000	-,9308	,9863
		Viseu	,00642	,30460	1,000	-1,0591	1,0719
		Guarda	,59021	,32022	,931	-,5299	1,7103
Coimbra		,38840	,29114	,998	-,6300	1,4068	
Castelo Branco		-,58654	,32333	,940	-1,7175	,5445	
Leiria		,00329	,28796	1,000	-1,0040	1,0106	
Santarém		,13277	,28952	1,000	-,8800	1,1455	
Portalegre		,71572	,30033	,621	-,3348	1,7663	
Lisboa		,13643	,22978	1,000	-,6673	,9402	
Setúbal		-,15820	,26346	1,000	-1,0797	,7633	
Évora	-,22119	,32022	1,000	-1,3413	,8989		
Beja	-,74910	,32022	,654	-1,8692	,3710		
Viana do Castelo	Braga	,40414	,39786	1,000	-,9876	1,7958	
	Porto	,23045	,36411	1,000	-1,0432	1,5041	
	Vila Real	,58426	,42064	,996	-,8871	2,0556	
	Bragança	,28974	,43355	1,000	-1,2268	1,8063	
	Aveiro	,27776	,41064	1,000	-1,1586	1,7141	
	Viseu	,63924	,44803	,995	-,9280	2,2064	
	Guarda	1,30258	,46738	,323	-,3323	2,9375	
	Coimbra	,22520	,43148	1,000	-1,2841	1,7345	
	Castelo Branco	,37596	,47126	1,000	-1,2725	2,0244	
	Leiria	,37023	,42759	1,000	-1,1254	1,8659	
	Santarém	,92699	,42950	,781	-,5754	2,4293	
	Portalegre	,53759	,44277	,999	-1,0112	2,0864	
	Lisboa	,59267	,35797	,974	-,6595	1,8448	
	Setúbal	-,06505	,39786	1,000	-1,4567	1,3266	

Braga	Évora	,11615	,46738	1,000	-1,5187	1,7510
	Beja	-,22650	,46738	1,000	-1,8614	1,4084
	Faro	-,21308	,43148	1,000	-1,7224	1,2962
	Viana do Castelo	-,40414	,39786	1,000	-1,7958	,9876
	Porto	-,17369	,26911	1,000	-1,1150	,7677
	Vila Real	,18012	,34175	1,000	-1,0153	1,3755
	Bragança	-,11440	,35751	1,000	-1,3649	1,1361
	Aveiro	-,12638	,32935	1,000	-1,2784	1,0257
	Viseu	,23510	,37494	1,000	-1,0764	1,5466
	Guarda	,89844	,39786	,713	-,4933	2,2901
	Coimbra	-,17894	,35500	1,000	-1,4207	1,0628
	Castelo Branco	-,02818	,40241	1,000	-1,4358	1,3794
	Leiria	-,03391	,35026	1,000	-1,2591	1,1913
	Santarém	,52285	,35258	,992	-,7105	1,7562
	Portalegre	,13345	,36863	1,000	-1,1560	1,4229
	Lisboa	,18853	,26074	1,000	-,7235	1,1006
	Setúbal	-,46919	,31328	,991	-1,5650	,6266
	Évora	-,28799	,39786	1,000	-1,6797	1,1037
	Beja	-,63064	,39786	,983	-2,0223	,7611
	Faro	-,61722	,35500	,959	-1,8590	,6245
	Viana do Castelo	-,23045	,36411	1,000	-1,5041	1,0432
	Braga	,17369	,26911	1,000	-,7677	1,1150
	Vila Real	,35380	,30178	1,000	-,7018	1,4094
	Bragança	,05929	,31952	1,000	-1,0584	1,1770
	Aveiro	,04730	,28767	1,000	-,9589	1,0535
	Viseu	,40879	,33891	,999	-,7767	1,5943
	Guarda	1,07213	,36411	,230	-,2015	2,3458
	Coimbra	-,00525	,31671	1,000	-1,1131	1,1026
	Castelo Branco	,14551	,36907	1,000	-1,1455	1,4365
	Leiria	,13977	,31138	1,000	-,9494	1,2290
	Santarém	,69654	,31400	,741	-,4018	1,7949
	Portalegre	,30714	,33192	1,000	-,8539	1,4682
	Lisboa	,36222	,20559	,953	-,3569	1,0814
Setúbal	-,29550	,26911	1,000	-1,2368	,6458	
Évora	-,11431	,36411	1,000	-1,3879	1,1593	
Beja	-,45695	,36411	,999	-1,7306	,8167	
Faro	-,44353	,31671	,996	-1,5514	,6643	
Viana do Castelo	-,58426	,42064	,996	-2,0556	,8871	
Braga	-,18012	,34175	1,000	-1,3755	1,0153	
Porto	-,35380	,30178	1,000	-1,4094	,7018	
Bragança	-,29451	,38270	1,000	-1,6332	1,0441	
Aveiro	-,30650	,35654	1,000	-1,5537	,9406	
Viseu	,05498	,39904	1,000	-1,3408	1,4508	
Guarda	,71833	,42064	,965	-,7531	2,1897	
Coimbra	-,35906	,38036	1,000	-1,6895	,9714	
Castelo Branco	-,20830	,42495	1,000	-1,6947	1,2781	
Leiria	-,21403	,37593	1,000	-1,5290	1,1010	
Santarém	,34274	,37810	1,000	-,9798	1,6653	
Portalegre	-,04666	,39311	1,000	-1,4217	1,3284	
Lisboa	,00842	,29434	1,000	-1,0212	1,0380	
Setúbal	-,64931	,34175	,912	-1,8447	,5461	
Évora	-,46811	,42064	1,000	-1,9395	1,0033	
Beja	-,81075	,42064	,901	-2,2821	,6606	
Faro	-,79733	,38036	,818	-2,1278	,5331	
Viana do Castelo	-,28974	,43355	1,000	-1,8063	1,2268	
Braga	,11440	,35751	1,000	-1,1361	1,3649	
Porto	-,05929	,31952	1,000	-1,1770	1,0584	
Vila Real	,29451	,38270	1,000	-1,0441	1,6332	
Aveiro	-,01199	,37168	1,000	-1,3121	1,2881	
Viseu	,34950	,41262	1,000	-1,0938	1,7928	
Guarda	1,01284	,43355	,657	-,5037	2,5294	
Coimbra	-,06454	,39458	1,000	-1,4448	1,3157	
Castelo Branco	,08622	,43773	1,000	-1,4449	1,6174	
Leiria	,08048	,39032	1,000	-1,2848	1,4458	
Santarém	,63725	,39241	,979	-,7354	2,0099	
Portalegre	,24785	,40689	1,000	-1,1754	1,6711	
Lisboa	,30293	,31250	1,000	-,7902	1,3960	
Setúbal	-,35479	,35751	1,000	-1,6053	,8958	
Évora	-,17360	,43355	1,000	-1,6901	1,3429	
Beja	-,51624	,43355	,999	-2,0328	1,0003	

	Faro	-50282	,39458	,999	-1,8830	,8774
Aveiro	Viana do Castelo	-,27776	,41064	1,000	-1,7141	1,1586
	Braga	,12638	,32935	1,000	-1,0257	1,2784
	Porto	-,04730	,28767	1,000	-1,0535	,9589
	Vila Real	,30650	,35654	1,000	-,9406	1,5537
	Bragança	,01199	,37168	1,000	-1,2881	1,3121
	Viseu	,36149	,38848	1,000	-,9974	1,7203
	Guarda	1,02483	,41064	,534	-,4116	2,4612
	Coimbra	-,05255	,36926	1,000	-1,3442	1,2391
	Castelo Branco	,09820	,41505	1,000	-1,3536	1,5500
	Leiria	,09247	,36470	1,000	-1,1832	1,3682
	Santarém	,64924	,36694	,952	-,6343	1,9328
	Portalegre	,25984	,38239	1,000	-1,0777	1,5974
	Lisboa	,31492	,27985	1,000	-,6640	1,2938
	Setúbal	-,34281	,32935	1,000	-1,4949	,8092
	Évora	-,16161	,41064	1,000	-1,5980	1,2748
Beja	-,50425	,41064	,999	-1,9406	,9321	
Faro	-,49083	,36926	,998	-1,7825	,8008	
Viseu	Viana do Castelo	-,63924	,44803	,995	-2,2064	,9280
	Braga	-,23510	,37494	1,000	-1,5466	1,0764
	Porto	-,40879	,33891	,999	-1,5943	,7767
	Vila Real	-,05498	,39904	1,000	-1,4508	1,3408
	Bragança	-,34950	,41262	1,000	-1,7928	1,0938
	Aveiro	-,36149	,38848	1,000	-1,7203	,9974
	Guarda	,66334	,44803	,992	-,9038	2,2305
	Coimbra	-,41404	,41044	1,000	-1,8497	1,0217
	Castelo Branco	-,26328	,45208	1,000	-1,8446	1,3181
	Leiria	-,26901	,40635	1,000	-1,6904	1,1524
	Santarém	,28775	,40836	1,000	-1,1406	1,7162
	Portalegre	-,10165	,42229	1,000	-1,5788	1,3755
	Lisboa	-,04657	,33231	1,000	-1,2089	1,1158
	Setúbal	-,70429	,37494	,919	-2,0158	,6072
	Évora	-,52309	,44803	1,000	-2,0903	1,0441
Beja	-,86574	,44803	,899	-2,4329	,7015	
Faro	-,85232	,41044	,829	-2,2880	,5834	
Guarda	Viana do Castelo	-1,30258	,46738	,323	-2,9375	,3323
	Braga	-,89844	,39786	,713	-2,2901	,4933
	Porto	-1,07213	,36411	,230	-2,3458	,2015
	Vila Real	-,71833	,42064	,965	-2,1897	,7531
	Bragança	-1,01284	,43355	,657	-2,5294	,5037
	Aveiro	-1,02483	,41064	,534	-2,4612	,4116
	Viseu	-,66334	,44803	,992	-2,2305	,9038
	Coimbra	-1,07738	,43148	,533	-2,5867	,4319
	Castelo Branco	-,92662	,47126	,885	-2,5751	,7218
	Leiria	-,93236	,42759	,766	-2,4280	,5633
	Santarém	-,37559	,42950	1,000	-1,8779	1,1268
	Portalegre	-,76499	,44277	,961	-2,3138	,7838
	Lisboa	-,70991	,35797	,877	-1,9620	,5422
	Setúbal	-1,36763	,39786	,060	-2,7593	,0241
	Évora	-1,18644	,46738	,501	-2,8213	,4484
Beja	-1,52908	,46738	,099	-3,1640	,1058	
Faro	-1,51566	,43148	,048	-3,0250	-,0064	
Coimbra	Viana do Castelo	-,22520	,43148	1,000	-1,7345	1,2841
	Braga	,17894	,35500	1,000	-1,0628	1,4207
	Porto	,00525	,31671	1,000	-1,1026	1,1131
	Vila Real	,35906	,38036	1,000	-,9714	1,6895
	Bragança	,06454	,39458	1,000	-1,3157	1,4448
	Aveiro	,05255	,36926	1,000	-1,2391	1,3442
	Viseu	,41404	,41044	1,000	-1,0217	1,8497
	Guarda	1,07738	,43148	,533	-,4319	2,5867
	Castelo Branco	,15076	,43568	1,000	-1,3732	1,6747
	Leiria	,14503	,38802	1,000	-1,2122	1,5023
	Santarém	,70179	,39012	,944	-,6628	2,0664
	Portalegre	,31239	,40469	1,000	-1,1032	1,7280
	Lisboa	,36747	,30963	,999	-,7156	1,4505
	Setúbal	-,29025	,35500	1,000	-1,5320	,9515
	Évora	-,10905	,43148	1,000	-1,6183	1,4002
Beja	-,45170	,43148	1,000	-1,9610	1,0576	
Faro	-,43828	,39231	1,000	-1,8105	,9340	
Castelo Branco	Viana do Castelo	-,37596	,47126	1,000	-2,0244	1,2725

		Braga	,02818	,40241	1,000	-1,3794	1,4358
		Porto	-,14551	,36907	1,000	-1,4365	1,1455
		Vila Real	,20830	,42495	1,000	-1,2781	1,6947
		Bragança	-,08622	,43773	1,000	-1,6174	1,4449
		Aveiro	-,09820	,41505	1,000	-1,5500	1,3536
		Viseu	,26328	,45208	1,000	-1,3181	1,8446
		Guarda	,92662	,47126	,885	-,7218	2,5751
		Coimbra	-,15076	,43568	1,000	-1,6747	1,3732
		Leiria	-,00573	,43182	1,000	-1,5162	1,5048
		Santarém	,55103	,43371	,999	-,9661	2,0681
		Portalegre	,16163	,44686	1,000	-1,4014	1,7247
		Lisboa	,21672	,36302	1,000	-1,0531	1,4865
		Setúbal	-,44101	,40241	1,000	-1,8486	,9666
		Évora	-,25981	,47126	1,000	-1,9083	1,3886
		Beja	-,60246	,47126	,999	-2,2509	1,0460
		Faro	-,58904	,43568	,997	-2,1130	,9349
		Viana do Castelo	-,37023	,42759	1,000	-1,8659	1,1254
		Braga	,03391	,35026	1,000	-1,1913	1,2591
		Porto	-,13977	,31138	1,000	-1,2290	,9494
		Vila Real	,21403	,37593	1,000	-1,1010	1,5290
		Bragança	-,08048	,39032	1,000	-1,4458	1,2848
		Aveiro	-,09247	,36470	1,000	-1,3682	1,1832
		Viseu	,26901	,40635	1,000	-1,1524	1,6904
		Guarda	,93236	,42759	,766	-,5633	2,4280
		Coimbra	-,14503	,38802	1,000	-1,5023	1,2122
		Castelo Branco	,00573	,43182	1,000	-1,5048	1,5162
		Santarém	,55677	,38581	,994	-,7928	1,9063
		Portalegre	,16737	,40053	1,000	-1,2337	1,5684
		Lisboa	,22245	,30418	1,000	-,8415	1,2864
		Setúbal	-,43528	,35026	,999	-1,6604	,7899
		Évora	-,25408	,42759	1,000	-1,7497	1,2416
		Beja	-,59672	,42759	,996	-2,0924	,8989
		Faro	-,58330	,38802	,990	-1,9406	,7740
		Viana do Castelo	-,92699	,42950	,781	-2,4293	,5754
		Braga	-,52285	,35258	,992	-1,7562	,7105
		Porto	-,69654	,31400	,741	-1,7949	,4018
		Vila Real	-,34274	,37810	1,000	-1,6653	,9798
		Bragança	-,63725	,39241	,979	-2,0099	,7354
		Aveiro	-,64924	,36694	,952	-1,9328	,6343
		Viseu	-,28775	,40836	1,000	-1,7162	1,1406
		Guarda	,37559	,42950	1,000	-1,1268	1,8779
		Coimbra	-,70179	,39012	,944	-2,0664	,6628
		Castelo Branco	-,55103	,43371	,999	-2,0681	,9661
		Leiria	-,55677	,38581	,994	-1,9063	,7928
		Portalegre	-,38940	,40257	1,000	-1,7976	1,0188
		Lisboa	-,33432	,30685	1,000	-1,4077	,7390
		Setúbal	-,99204	,35258	,306	-2,2254	,2413
		Évora	-,81085	,42950	,916	-2,3132	,6915
		Beja	-,1,15349	,42950	,392	-2,6558	,3489
		Faro	-,1,14007	,39012	,242	-2,5047	,2245
		Viana do Castelo	-,53759	,44277	,999	-2,0864	1,0112
		Braga	-,13345	,36863	1,000	-1,4229	1,1560
		Porto	-,30714	,33192	1,000	-1,4682	,8539
		Vila Real	,04666	,39311	1,000	-1,3284	1,4217
		Bragança	-,24785	,40689	1,000	-1,6711	1,1754
		Aveiro	-,25984	,38239	1,000	-1,5974	1,0777
		Viseu	,10165	,42229	1,000	-1,3755	1,5788
		Guarda	,76499	,44277	,961	-,7838	2,3138
		Coimbra	-,31239	,40469	1,000	-1,7280	1,1032
		Castelo Branco	-,16163	,44686	1,000	-1,7247	1,4014
		Leiria	-,16737	,40053	1,000	-1,5684	1,2337
		Santarém	,38940	,40257	1,000	-1,0188	1,7976
		Lisboa	,05508	,32517	1,000	-1,0823	1,1925
		Setúbal	-,60264	,36863	,977	-1,8921	,6868
		Évora	-,42145	,44277	1,000	-1,9702	1,1273
		Beja	-,76409	,44277	,961	-2,3129	,7847
		Faro	-,75067	,40469	,927	-2,1662	,6649
		Viana do Castelo	-,59267	,35797	,974	-1,8448	,6595
		Braga	-,18853	,26074	1,000	-1,1006	,7235
		Porto	-,36222	,20559	,953	-1,0814	,3569

		Vila Real	-.00842	,29434	1,000	-1,0380	1,0212
		Bragança	-.30293	,31250	1,000	-1,3960	,7902
		Aveiro	-.31492	,27985	1,000	-1,2938	,6640
		Viseu	,04657	,33231	1,000	-1,1158	1,2089
		Guarda	,70991	,35797	,877	-,5422	1,9620
		Coimbra	-,36747	,30963	,999	-1,4505	,7156
		Castelo Branco	-,21672	,36302	1,000	-1,4865	1,0531
		Leiria	-,22245	,30418	1,000	-1,2864	,8415
		Santarém	,33432	,30685	1,000	-,7390	1,4077
		Portalegre	-,05508	,32517	1,000	-1,1925	1,0823
		Setúbal	-,65773	,26074	,513	-1,5698	,2543
		Évora	-,47653	,35797	,998	-1,7287	,7756
		Beja	-,81917	,35797	,692	-2,0713	,4330
		Faro	-,80575	,30963	,453	-1,8888	,2773
		Viana do Castelo	,06505	,39786	1,000	-1,3266	1,4567
		Braga	,46919	,31328	,991	-,6266	1,5650
		Porto	,29550	,26911	1,000	-,6458	1,2368
		Vila Real	,64931	,34175	,912	-,5461	1,8447
		Bragança	,35479	,35751	1,000	-,8958	1,6053
		Aveiro	,34281	,32935	1,000	-,8092	1,4949
		Viseu	,70429	,37494	,919	-,6072	2,0158
		Guarda	1,36763	,39786	,060	-,0241	2,7593
		Coimbra	,29025	,35500	1,000	-,9515	1,5320
		Castelo Branco	,44101	,40241	1,000	-,9666	1,8486
		Leiria	,43528	,35026	,999	-,7899	1,6604
		Santarém	,99204	,35258	,306	-,2413	2,2254
		Portalegre	,60264	,36863	,977	-,6868	1,8921
		Lisboa	,65773	,26074	,513	-,2543	1,5698
		Évora	,18120	,39786	1,000	-1,2105	1,5729
		Beja	-,16145	,39786	1,000	-1,5531	1,2302
		Faro	-,14803	,35500	1,000	-1,3898	1,0937
		Viana do Castelo	-,11615	,46738	1,000	-1,7510	1,5187
		Braga	,28799	,39786	1,000	-1,1037	1,6797
		Porto	,11431	,36411	1,000	-1,1593	1,3879
		Vila Real	,46811	,42064	1,000	-1,0033	1,9395
		Bragança	,17360	,43355	1,000	-1,3429	1,6901
		Aveiro	,16161	,41064	1,000	-1,2748	1,5980
		Viseu	,52309	,44803	1,000	-1,0441	2,0903
		Guarda	1,18644	,46738	,501	-,4484	2,8213
		Coimbra	,10905	,43148	1,000	-1,4002	1,6183
		Castelo Branco	,25981	,47126	1,000	-1,3886	1,9083
		Leiria	,25408	,42759	1,000	-1,2416	1,7497
		Santarém	,81085	,42950	,916	-,6915	2,3132
		Portalegre	,42145	,44277	1,000	-1,1273	1,9702
		Lisboa	,47653	,35797	,998	-,7756	1,7287
		Setúbal	-,18120	,39786	1,000	-1,5729	1,2105
		Beja	-,34264	,46738	1,000	-1,9775	1,2922
		Faro	-,32922	,43148	1,000	-1,8385	1,1801
		Viana do Castelo	,22650	,46738	1,000	-1,4084	1,8614
		Braga	,63064	,39786	,983	-,7611	2,0223
		Porto	,45695	,36411	,999	-,8167	1,7306
		Vila Real	,81075	,42064	,901	-,6606	2,2821
		Bragança	,51624	,43355	,999	-1,0003	2,0328
		Aveiro	,50425	,41064	,999	-,9321	1,9406
		Viseu	,86574	,44803	,899	-,7015	2,4329
		Guarda	1,52908	,46738	,099	-,1058	3,1640
		Coimbra	,45170	,43148	1,000	-1,0576	1,9610
		Castelo Branco	,60246	,47126	,999	-1,0460	2,2509
		Leiria	,59672	,42759	,996	-,8989	2,0924
		Santarém	1,15349	,42950	,392	-,3489	2,6558
		Portalegre	,76409	,44277	,961	-,7847	2,3129
		Lisboa	,81917	,35797	,692	-,4330	2,0713
		Setúbal	,16145	,39786	1,000	-1,2302	1,5531
		Évora	,34264	,46738	1,000	-1,2922	1,9775
		Faro	,01342	,43148	1,000	-1,4959	1,5227
		Viana do Castelo	,21308	,43148	1,000	-1,2962	1,7224
		Braga	,61722	,35500	,959	-,6245	1,8590
		Porto	,44353	,31671	,996	-,6643	1,5514
		Vila Real	,79733	,38036	,818	-,5331	2,1278
		Bragança	,50282	,39458	,999	-,8774	1,8830

F4	Viana do Castelo	Aveiro	,49083	,36926	,998	-,8008	1,7825
		Viseu	,85232	,41044	,829	-,5834	2,2880
		Guarda	1,51566 <sup>*</sup>	,43148	,048	,0064	3,0250
		Coimbra	,43828	,39231	1,000	-,9340	1,8105
		Castelo Branco	,58904	,43568	,997	-,9349	2,1130
		Leiria	,58330	,38802	,990	-,7740	1,9406
		Santarém	1,14007	,39012	,242	-,2245	2,5047
		Portalegre	,75067	,40469	,927	-,6649	2,1662
		Lisboa	,80575	,30963	,453	-,2773	1,8888
		Setúbal	,14803	,35500	1,000	-1,0937	1,3898
		Évora	,32922	,43148	1,000	-1,1801	1,8385
		Beja	-,01342	,43148	1,000	-1,5227	1,4959
		Braga	2,07434	,91878	,714	-1,1395	5,2881
		Porto	2,24000	,84083	,407	-,7012	5,1812
	Vila Real	1,14495	,97139	,999	-2,2529	4,5428	
	Braga	Bragança	1,62099	1,00119	,979	-1,8811	5,1231
		Aveiro	1,87262	,94828	,881	-1,4444	5,1896
		Viseu	1,23444	1,03464	,999	-2,3846	4,8535
		Guarda	-,85240	1,07932	1,000	-4,6278	2,9230
		Coimbra	1,50405	,99641	,990	-1,9813	4,9894
		Castelo Branco	,15053	1,08828	1,000	-3,6562	3,9572
		Leiria	1,20081	,98742	,999	-2,2531	4,6547
		Santarém	,58222	,99183	1,000	-2,8871	4,0516
		Portalegre	-,78972	1,02247	1,000	-4,3663	2,7868
Lisboa		1,56298	,82664	,915	-1,3286	4,4545	
Setúbal		,65302	,91878	1,000	-2,5608	3,8668	
Évora		,49235	1,07932	1,000	-3,2830	4,2677	
Beja		-,96868	1,07932	1,000	-4,7441	2,8067	
Faro		-,16196	,99641	1,000	-3,6473	3,3234	
Porto	Viana do Castelo	-2,07434	,91878	,714	-5,2881	1,1395	
	Porto	,16566	,62146	1,000	-2,0082	2,3395	
	Vila Real	-,92938	,78919	,999	-3,6899	1,8311	
	Bragança	-,45335	,82559	1,000	-3,3412	2,4345	
	Aveiro	-,20172	,76057	1,000	-2,8621	2,4587	
	Viseu	-,83990	,86585	1,000	-3,8686	2,1888	
	Guarda	-2,92674	,91878	,126	-6,1406	,2871	
	Coimbra	-,57029	,81979	1,000	-3,4379	2,2973	
	Castelo Branco	-1,92380	,92928	,833	-5,1744	1,3268	
	Leiria	-,87352	,80884	1,000	-3,7028	1,9557	
	Santarém	-1,49211	,81421	,934	-4,3402	1,3559	
	Portalegre	-2,86405	,85128	,076	-5,8418	,1136	
	Lisboa	-,51136	,60213	1,000	-2,6176	1,5948	
	Setúbal	-1,42131	,72345	,885	-3,9519	1,1092	
Évora	-1,58199	,91878	,962	-4,7958	1,6318		
Beja	-3,04302	,91878	,088	-6,2568	,1708		
Faro	-2,23629	,81979	,362	-5,1039	,6313		
Vila Real	Viana do Castelo	-2,24000	,84083	,407	-5,1812	,7012	
	Braga	-,16566	,62146	1,000	-2,3395	2,0082	
	Vila Real	-1,09504	,69689	,985	-3,5327	1,3426	
	Bragança	-,61901	,73786	1,000	-3,2000	1,9620	
	Aveiro	-,36738	,66431	1,000	-2,6911	1,9563	
	Viseu	-1,00556	,78265	,998	-3,7432	1,7321	
	Guarda	-3,09240 <sup>*</sup>	,84083	,028	-6,0336	-,1512	
	Coimbra	-,73595	,73137	1,000	-3,2942	1,8223	
	Castelo Branco	-2,08947	,85230	,568	-5,0707	,8918	
	Leiria	-1,03919	,71907	,994	-3,5544	1,4761	
	Santarém	-1,65777	,72511	,693	-4,1941	,8786	
	Portalegre	-3,02972 <sup>*</sup>	,76649	,010	-5,7109	-,3486	
	Lisboa	-,67702	,47476	,995	-2,3377	,9837	
	Setúbal	-1,58697	,62146	,490	-3,7608	,5869	
Évora	-1,74765	,84083	,828	-4,6888	1,1935		
Beja	-3,20868 <sup>*</sup>	,84083	,017	-6,1498	-,2675		
Faro	-2,40196	,73137	,096	-4,9602	,1563		
Vila Real	Viana do Castelo	-1,14495	,97139	,999	-4,5428	2,2529	
	Braga	,92938	,78919	,999	-1,8311	3,6899	
	Porto	1,09504	,69689	,985	-1,3426	3,5327	
	Bragança	,47603	,88377	1,000	-2,6153	3,5674	
	Aveiro	,72767	,82335	1,000	-2,1524	3,6077	
	Viseu	,08948	,92149	1,000	-3,1338	3,3128	
Guarda	-1,99736	,97139	,840	-5,3952	1,4005		

		Coimbra	,35909	,87835	1,000	-2,7133	3,4315
		Castelo Branco	-,99442	,98133	1,000	-4,4270	2,4382
		Leiria	,05586	,86814	1,000	-2,9808	3,0925
		Santarém	-,56273	,87314	1,000	-3,6169	2,4915
		Portalegre	-1,93467	,90781	,797	-5,1101	1,2408
		Lisboa	,41802	,67971	1,000	-1,9595	2,7956
		Setúbal	-,49193	,78919	1,000	-3,2524	2,2686
		Évora	-,65260	,97139	1,000	-4,0504	2,7452
		Beja	-2,11364	,97139	,769	-5,5115	1,2842
		Faro	-1,30691	,87835	,991	-4,3793	1,7655
	Bragança	Viana do Castelo	-1,62099	1,00119	,979	-5,1231	1,8811
		Braga	,45335	,82559	1,000	-2,4345	3,3412
		Porto	,61901	,73786	1,000	-1,9620	3,2000
		Vila Real	-,47603	,88377	1,000	-3,5674	2,6153
		Aveiro	,25163	,85831	1,000	-2,7507	3,2539
		Viseu	-,38655	,95285	1,000	-3,7196	2,9465
		Guarda	-2,47339	1,00119	,554	-5,9755	1,0287
		Coimbra	-,11694	,91120	1,000	-3,3043	3,0704
		Castelo Branco	-1,47046	1,01084	,993	-5,0063	2,0654
		Leiria	-,42018	,90136	1,000	-3,5731	2,7327
		Santarém	-1,03876	,90618	1,000	-4,2085	2,1310
		Portalegre	-2,41071	,93963	,480	-5,6975	,8760
		Lisboa	-,05801	,72166	1,000	-2,5823	2,4663
		Setúbal	-,96796	,82559	1,000	-3,8558	1,9199
		Évora	-1,12864	1,00119	1,000	-4,6307	2,3734
		Beja	-2,58967	1,00119	,465	-6,0918	,9124
	Faro	-1,78295	,91120	,889	-4,9703	1,4044	
	Aveiro	Viana do Castelo	-1,87262	,94828	,881	-5,1896	1,4444
		Braga	,20172	,76057	1,000	-2,4587	2,8621
		Porto	,36738	,66431	1,000	-1,9563	2,6911
		Vila Real	-,72767	,82335	1,000	-3,6077	2,1524
		Bragança	-,25163	,85831	1,000	-3,2539	2,7507
		Viseu	-,63818	,89710	1,000	-3,7762	2,4998
		Guarda	-2,72502	,94828	,269	-6,0421	,5920
		Coimbra	-,36857	,85273	1,000	-3,3514	2,6142
		Castelo Branco	-1,72209	,95847	,945	-5,0747	1,6306
		Leiria	-,67181	,84221	1,000	-3,6178	2,2742
		Santarém	-1,29040	,84737	,989	-4,2544	1,6736
		Portalegre	-2,66234	,88304	,195	-5,7512	,4265
		Lisboa	-,30964	,64626	1,000	-2,5702	1,9509
		Setúbal	-1,21960	,76057	,981	-3,8800	1,4408
	Évora	-1,38027	,94828	,993	-4,6973	1,9368	
	Beja	-2,84130	,94828	,204	-6,1583	,4757	
	Faro	-2,03458	,85273	,619	-5,0174	,9482	
	Viseu	Viana do Castelo	-1,23444	1,03464	,999	-4,8535	2,3846
		Braga	,83990	,86585	1,000	-2,1888	3,8686
		Porto	1,00556	,78265	,998	-1,7321	3,7432
		Vila Real	-,08948	,92149	1,000	-3,3128	3,1338
		Bragança	,38655	,95285	1,000	-2,9465	3,7196
		Aveiro	,63818	,89710	1,000	-2,4998	3,7762
		Guarda	-2,08684	1,03464	,861	-5,7059	1,5322
		Coimbra	,26961	,94783	1,000	-3,0458	3,5851
		Castelo Branco	-1,08391	1,04398	1,000	-4,7357	2,5679
		Leiria	-,03363	,93837	1,000	-3,3160	3,2487
		Santarém	-,65221	,94301	1,000	-3,9508	2,6464
		Portalegre	-2,02416	,97519	,830	-5,4353	1,3870
		Lisboa	,32854	,76739	1,000	-2,3557	3,0128
		Setúbal	-,58141	,86585	1,000	-3,6101	2,4473
		Évora	-,74209	1,03464	1,000	-4,3612	2,8770
		Beja	-2,20312	1,03464	,799	-5,8222	1,4160
	Faro	-1,39640	,94783	,992	-4,7118	1,9190	
	Guarda	Viana do Castelo	,85240	1,07932	1,000	-2,9230	4,6278
		Braga	2,92674	,91878	,126	-,2871	6,1406
		Porto	3,09240	,84083	,028	,1512	6,0336
		Vila Real	1,99736	,97139	,840	-1,4005	5,3952
		Bragança	2,47339	1,00119	,554	-1,0287	5,9755
		Aveiro	2,72502	,94828	,269	-,5920	6,0421
		Viseu	2,08684	1,03464	,861	-1,5322	5,7059
		Coimbra	2,35645	,99641	,635	-1,1289	5,8418
		Castelo Branco	1,00294	1,08828	1,000	-2,8038	4,8096

		Leiria	2,05321	,98742	,828	-1,4007	5,5071
		Santarém	1,43463	,99183	,994	-2,0347	4,9040
		Portalegre	,06268	1,02247	1,000	-3,5138	3,6392
		Lisboa	2,41538	,82664	,242	-,4762	5,3069
		Setúbal	1,50543	,91878	,977	-1,7084	4,7192
		Évora	1,34475	1,07932	,999	-2,4306	5,1201
		Beja	-,11628	1,07932	1,000	-3,8917	3,6591
		Faro	,69045	,99641	1,000	-2,7949	4,1758
Coimbra		Viana do Castelo	-1,50405	,99641	,990	-4,9894	1,9813
		Braga	,57029	,81979	1,000	-2,2973	3,4379
		Porto	,73595	,73137	1,000	-1,8223	3,2942
		Vila Real	-,35909	,87835	1,000	-3,4315	2,7133
		Bragança	,11694	,91120	1,000	-3,0704	3,3043
		Aveiro	,36857	,85273	1,000	-2,6142	3,3514
		Viseu	-,26961	,94783	1,000	-3,5851	3,0458
		Guarda	-2,35645	,99641	,635	-5,8418	1,1289
		Castelo Branco	-1,35352	1,00611	,997	-4,8728	2,1658
		Leiria	-,30324	,89605	1,000	-3,4375	2,8311
		Santarém	-,92182	,90090	1,000	-4,0731	2,2295
		Portalegre	-2,29377	,93454	,566	-5,5627	,9752
		Lisboa	,05893	,71502	1,000	-2,4421	2,5600
		Setúbal	-,85102	,81979	1,000	-3,7186	2,0165
		Évora	-1,01170	,99641	1,000	-4,4971	2,4737
		Beja	-2,47273	,99641	,545	-5,9581	1,0126
Faro	-1,66601	,90595	,932	-4,8350	1,5029		
Castelo Branco		Viana do Castelo	-,15053	1,08828	1,000	-3,9572	3,6562
		Braga	1,92380	,92928	,833	-1,3268	5,1744
		Porto	2,08947	,85230	,568	-,8918	5,0707
		Vila Real	,99442	,98133	1,000	-2,4382	4,4270
		Bragança	1,47046	1,01084	,993	-2,0654	5,0063
		Aveiro	1,72209	,95847	,945	-1,6306	5,0747
		Viseu	1,08391	1,04398	1,000	-2,5679	4,7357
		Guarda	-1,00294	1,08828	1,000	-4,8096	2,8038
		Coimbra	1,35352	1,00611	,997	-2,1658	4,8728
		Leiria	1,05028	,99720	1,000	-2,4379	4,5384
		Santarém	,43169	1,00157	1,000	-3,0717	3,9351
		Portalegre	-,94025	1,03192	1,000	-4,5498	2,6693
		Lisboa	1,41244	,83830	,969	-1,5199	4,3448
		Setúbal	,50249	,92928	1,000	-2,7481	3,7531
		Évora	,34182	1,08828	1,000	-3,4649	4,1485
		Beja	-1,11921	1,08828	1,000	-4,9259	2,6875
Faro	-,31249	1,00611	1,000	-3,8318	3,2068		
Leiria		Viana do Castelo	-1,20081	,98742	,999	-4,6547	2,2531
		Braga	,87352	,80884	1,000	-1,9557	3,7028
		Porto	1,03919	,71907	,994	-1,4761	3,5544
		Vila Real	-,05586	,86814	1,000	-3,0925	2,9808
		Bragança	,42018	,90136	1,000	-2,7327	3,5731
		Aveiro	,67181	,84221	1,000	-2,2742	3,6178
		Viseu	,03363	,93837	1,000	-3,2487	3,3160
		Guarda	-2,05321	,98742	,828	-5,5071	1,4007
		Coimbra	,30324	,89605	1,000	-2,8311	3,4375
		Castelo Branco	-1,05028	,99720	1,000	-4,5384	2,4379
		Santarém	-,61859	,89095	1,000	-3,7350	2,4979
		Portalegre	-1,99053	,92494	,785	-5,2259	1,2448
		Lisboa	,36217	,70243	1,000	-2,0949	2,8192
		Setúbal	-,54779	,80884	1,000	-3,3770	2,2815
		Évora	-,70846	,98742	1,000	-4,1624	2,7455
		Beja	-2,16949	,98742	,755	-5,6234	1,2844
Faro	-1,36277	,89605	,989	-4,4971	1,7715		
Santarém		Viana do Castelo	-,58222	,99183	1,000	-4,0516	2,8871
		Braga	1,49211	,81421	,934	-1,3559	4,3402
		Porto	1,65777	,72511	,693	-,8786	4,1941
		Vila Real	,56273	,87314	1,000	-2,4915	3,6169
		Bragança	1,03876	,90618	1,000	-2,1310	4,2085
		Aveiro	1,29040	,84737	,989	-1,6736	4,2544
		Viseu	,65221	,94301	1,000	-2,6464	3,9508
		Guarda	-1,43463	,99183	,994	-4,9040	2,0347
		Coimbra	,92182	,90090	1,000	-2,2295	4,0731
		Castelo Branco	-,43169	1,00157	1,000	-3,9351	3,0717
		Leiria	,61859	,89095	1,000	-2,4979	3,7350

Portalegre	Portalegre	-1,37194	,92964	,992	-4,6238	1,8799
	Lisboa	,98075	,70861	,996	-1,4979	3,4594
	Setúbal	,07080	,81421	1,000	-2,7773	2,9189
	Évora	-,08987	,99183	1,000	-3,5592	3,3795
	Beja	-1,55091	,99183	,985	-5,0202	1,9184
	Faro	-,74418	,90090	1,000	-3,8955	2,4071
	Viana do Castelo	,78972	1,02247	1,000	-2,7868	4,3663
	Braga	2,86405	,85128	,076	-,1136	5,8418
	Porto	3,02972*	,76649	,010	,3486	5,7109
	Vila Real	1,93467	,90781	,797	-1,2408	5,1101
	Bragança	2,41071	,93963	,480	-,8760	5,6975
	Aveiro	2,66234	,88304	,195	-,4265	5,7512
	Viseu	2,02416	,97519	,830	-1,3870	5,4353
	Guarda	-,06268	1,02247	1,000	-3,6392	3,5138
	Coimbra	2,29377	,93454	,566	-,9752	5,5627
	Castelo Branco	,94025	1,03192	1,000	-2,6693	4,5498
	Leiria	1,99053	,92494	,785	-1,2448	5,2259
Santarém	1,37194	,92964	,992	-1,8799	4,6238	
Lisboa	2,35270	,75091	,145	-,2739	4,9793	
Setúbal	1,44274	,85128	,967	-1,5350	4,4204	
Évora	1,28207	1,02247	,999	-2,2945	4,8586	
Beja	-,17896	1,02247	1,000	-3,7555	3,3976	
Faro	,62776	,93454	1,000	-2,6412	3,8967	
Lisboa	Viana do Castelo	-1,56298	,82664	,915	-4,4545	1,3286
	Braga	,51136	,60213	1,000	-1,5948	2,6176
	Porto	,67702	,47476	,995	-,9837	2,3377
	Vila Real	-,41802	,67971	1,000	-2,7956	1,9595
	Bragança	,05801	,72166	1,000	-2,4663	2,5823
	Aveiro	,30964	,64626	1,000	-1,9509	2,5702
	Viseu	-,32854	,76739	1,000	-3,0128	2,3557
	Guarda	-2,41538	,82664	,242	-5,3069	,4762
	Coimbra	-,05893	,71502	1,000	-2,5600	2,4421
	Castelo Branco	-1,41244	,83830	,969	-4,3448	1,5199
	Leiria	-,36217	,70243	1,000	-2,8192	2,0949
	Santarém	-,98075	,70861	,996	-3,4594	1,4979
	Portalegre	-2,35270	,75091	,145	-4,9793	,2739
	Setúbal	-,90995	,60213	,990	-3,0162	1,1963
	Évora	-1,07063	,82664	,998	-3,9622	1,8209
	Beja	-2,53166	,82664	,173	-5,4232	,3599
	Faro	-1,72493	,71502	,599	-4,2260	,7761
Setúbal	Viana do Castelo	-,65302	,91878	1,000	-3,8668	2,5608
	Braga	1,42131	,72345	,885	-1,1092	3,9519
	Porto	1,58697	,62146	,490	-,5869	3,7608
	Vila Real	,49193	,78919	1,000	-2,2686	3,2524
	Bragança	,96796	,82559	1,000	-1,9199	3,8558
	Aveiro	1,21960	,76057	,981	-1,4408	3,8800
	Viseu	,58141	,86585	1,000	-2,4473	3,6101
	Guarda	-1,50543	,91878	,977	-4,7192	1,7084
	Coimbra	,85102	,81979	1,000	-2,0165	3,7186
	Castelo Branco	-,50249	,92928	1,000	-3,7531	2,7481
	Leiria	,54779	,80884	1,000	-2,2815	3,3770
	Santarém	-,07080	,81421	1,000	-2,9189	2,7773
	Portalegre	-1,44274	,85128	,967	-4,4204	1,5350
	Lisboa	,90995	,60213	,990	-1,1963	3,0162
	Évora	-,16067	,91878	1,000	-3,3745	3,0531
	Beja	-1,62171	,91878	,953	-4,8355	1,5921
	Faro	-,81498	,81979	1,000	-3,6826	2,0526
Évora	Viana do Castelo	-,49235	1,07932	1,000	-4,2677	3,2830
	Braga	1,58199	,91878	,962	-1,6318	4,7958
	Porto	1,74765	,84083	,828	-1,1935	4,6888
	Vila Real	,65260	,97139	1,000	-2,7452	4,0504
	Bragança	1,12864	1,00119	1,000	-2,3734	4,6307
	Aveiro	1,38027	,94828	,993	-1,9368	4,6973
	Viseu	,74209	1,03464	1,000	-2,8770	4,3612
	Guarda	-1,34475	1,07932	,999	-5,1201	2,4306
	Coimbra	1,01170	,99641	1,000	-2,4737	4,4971
	Castelo Branco	-,34182	1,08828	1,000	-4,1485	3,4649
	Leiria	,70846	,98742	1,000	-2,7455	4,1624
	Santarém	,08987	,99183	1,000	-3,3795	3,5592
	Portalegre	-1,28207	1,02247	,999	-4,8586	2,2945

		Lisboa	1,07063	,82664	,998	-1,8209	3,9622	
		Setúbal	,16067	,91878	1,000	-3,0531	3,3745	
		Beja	-1,46103	1,07932	,997	-5,2364	2,3143	
		Faro	-,65431	,99641	1,000	-4,1397	2,8311	
	Beja		Viana do Castelo	,96868	1,07932	1,000	-2,8067	4,7441
			Braga	3,04302	,91878	,088	-,1708	6,2568
			Porto	3,20868	,84083	,017	,2675	6,1498
			Vila Real	2,11364	,97139	,769	-1,2842	5,5115
			Bragança	2,58967	1,00119	,465	-,9124	6,0918
			Aveiro	2,84130	,94828	,204	-,4757	6,1583
			Viseu	2,20312	1,03464	,799	-1,4160	5,8222
			Guarda	,11628	1,07932	1,000	-3,6591	3,8917
			Coimbra	2,47273	,99641	,545	-1,0126	5,9581
			Castelo Branco	1,11921	1,08828	1,000	-2,6875	4,9259
			Leiria	2,16949	,98742	,755	-1,2844	5,6234
			Santarém	1,55091	,99183	,985	-1,9184	5,0202
			Portalegre	,17896	1,02247	1,000	-3,3976	3,7555
			Lisboa	2,53166	,82664	,173	-,3599	5,4232
			Setúbal	1,62171	,91878	,953	-1,5921	4,8355
			Évora	1,46103	1,07932	,997	-2,3143	5,2364
	Faro	,80672	,99641	1,000	-2,6787	4,2921		
	Faro		Viana do Castelo	,16196	,99641	1,000	-3,3234	3,6473
			Braga	2,23629	,81979	,362	-,6313	5,1039
			Porto	2,40196	,73137	,096	-,1563	4,9602
			Vila Real	1,30691	,87835	,991	-1,7655	4,3793
			Bragança	1,78295	,91120	,889	-1,4044	4,9703
			Aveiro	2,03458	,85273	,619	-,9482	5,0174
			Viseu	1,39640	,94783	,992	-1,9190	4,7118
			Guarda	-,69045	,99641	1,000	-4,1758	2,7949
			Coimbra	1,66601	,90595	,932	-1,5029	4,8350
			Castelo Branco	-,31249	1,00611	1,000	-3,2068	3,8318
			Leiria	1,36277	,89605	,989	-1,7715	4,4971
			Santarém	,74418	,90090	1,000	-2,4071	3,8955
			Portalegre	-,62776	,93454	1,000	-3,8967	2,6412
			Lisboa	1,72493	,71502	,599	-,7761	4,2260
			Setúbal	,81498	,81979	1,000	-2,0526	3,6826
			Évora	,65431	,99641	1,000	-2,8311	4,1397
	Beja	-,80672	,99641	1,000	-4,2921	2,6787		
	F6	Viana do Castelo	Braga	,29011	,21352	,997	-,4568	1,0370
			Porto	,34407	,19541	,954	-,3394	1,0276
			Vila Real	,14566	,22575	1,000	-,6440	,9353
			Bragança	,38410	,23268	,975	-,4298	1,1980
			Aveiro	,57409	,22038	,451	-,1968	1,3450
			Viseu	,30512	,24045	,999	-,5360	1,1462
Guarda			-,06452	,25083	1,000	-,9419	,8129	
Coimbra			,13716	,23156	1,000	-,6728	,9472	
Castelo Branco			,44301	,25291	,956	-,4417	1,3277	
Leiria			,31423	,22947	,997	-,4885	1,1169	
Santarém			,11984	,23050	1,000	-,6864	,9261	
Portalegre			,27331	,23762	1,000	-,5579	1,1045	
Lisboa			,36718	,19211	,907	-,3048	1,0392	
Setúbal			,57383	,21352	,391	-,1731	1,3207	
Évora			-,01145	,25083	1,000	-,8888	,8659	
Beja			,84747	,25083	,072	-,0299	1,7249	
Faro		,60595	,23156	,442	-,2040	1,4159		
Braga			Viana do Castelo	-,29011	,21352	,997	-1,0370	,4568
			Porto	,05397	,14443	1,000	-,4512	,5592
			Vila Real	-,14444	,18341	1,000	-,7860	,4971
			Bragança	,09399	,19187	1,000	-,5771	,7651
			Aveiro	,28399	,17676	,981	-,3343	,9023
			Viseu	,01501	,20122	1,000	-,6888	,7189
			Guarda	-,35462	,21352	,973	-1,1015	,3923
			Coimbra	-,15295	,19052	1,000	-,8194	,5135
			Castelo Branco	,15291	,21596	1,000	-,6025	,9083
			Leiria	,02412	,18797	1,000	-,6334	,6816
			Santarém	-,17027	,18922	1,000	-,8322	,4916
	Portalegre		-,01679	,19784	1,000	-,7088	,6752	
Lisboa	,07707	,13993	1,000	-,4124	,5666			
Setúbal	,28373	,16813	,969	-,3044	,8718			
Évora	-,30156	,21352	,995	-1,0484	,4453			

		Beja	,55737	,21352	,447	-,1895	1,3043
		Faro	,31584	,19052	,974	-,3506	,9823
	Porto	Viana do Castelo	-,34407	,19541	,954	-1,0276	,3394
		Braga	-,05397	,14443	1,000	-,5592	,4512
		Vila Real	-,19841	,16196	,999	-,7649	,3681
		Bragança	,04002	,17148	1,000	-,5598	,6398
		Aveiro	,23002	,15438	,991	-,3100	,7700
		Viseu	-,03896	,18189	1,000	-,6752	,5973
		Guarda	-,40859	,19541	,821	-1,0921	,2749
		Coimbra	-,20691	,16997	,999	-,8015	,3876
		Castelo Branco	,09894	,19807	1,000	-,5939	,7918
		Leiria	-,02985	,16711	1,000	-,6144	,5547
		Santarém	-,22423	,16851	,998	-,8137	,3652
		Portalegre	-,07076	,17813	1,000	-,6939	,5523
		Lisboa	,02310	,11033	1,000	-,3628	,4090
		Setúbal	,22976	,14443	,983	-,2754	,7350
		Évora	-,35553	,19541	,938	-1,0390	,3280
		Beja	,50340	,19541	,472	-,1801	1,1869
		Faro	,26188	,16997	,987	-,3327	,8564
	Vila Real	Viana do Castelo	-,14566	,22575	1,000	-,9353	,6440
		Braga	,14444	,18341	1,000	-,4971	,7860
		Porto	,19841	,16196	,999	-,3681	,7649
		Bragança	,23843	,20539	1,000	-,4800	,9569
		Aveiro	,42843	,19135	,727	-,2409	1,0977
		Viseu	,15946	,21415	1,000	-,5896	,9085
		Guarda	-,21018	,22575	1,000	-,9998	,5795
		Coimbra	-,00850	,20413	1,000	-,7225	,7055
		Castelo Branco	,29735	,22806	,998	-,5004	1,0951
		Leiria	,16856	,20175	1,000	-,5372	,8743
		Santarém	-,02582	,20292	1,000	-,7356	,6840
		Portalegre	,12765	,21097	1,000	-,6103	,8656
		Lisboa	,22151	,15796	,996	-,3310	,7741
		Setúbal	,42817	,18341	,658	-,2134	1,0697
		Évora	-,15712	,22575	1,000	-,9468	,6325
		Beja	,70181	,22575	,154	-,0878	1,4915
		Faro	,46029	,20413	,716	-,2537	1,1743
	Bragança	Viana do Castelo	-,38410	,23268	,975	-1,1980	,4298
		Braga	-,09399	,19187	1,000	-,7651	,5771
		Porto	-,04002	,17148	1,000	-,6398	,5598
		Vila Real	-,23843	,20539	1,000	-,9569	,4800
		Aveiro	-,19000	,19947	1,000	-,5077	,8877
		Viseu	-,07898	,22144	1,000	-,8536	,6956
		Guarda	-,44861	,23268	,901	-1,2625	,3653
		Coimbra	-,24694	,21176	1,000	-,9877	,4938
		Castelo Branco	,05891	,23492	1,000	-,7628	,8806
		Leiria	-,06987	,20947	1,000	-,8026	,6629
		Santarém	-,26426	,21060	,999	-1,0009	,4724
		Portalegre	-,11078	,21837	1,000	-,8746	,6531
		Lisboa	-,01692	,16771	1,000	-,6036	,5697
		Setúbal	,18974	,19187	1,000	-,4814	,8609
		Évora	-,39555	,23268	,967	-1,2094	,4183
		Beja	,46338	,23268	,873	-,3505	1,2773
		Faro	,22185	,21176	1,000	-,5189	,9626
	Aveiro	Viana do Castelo	-,57409	,22038	,451	-1,3450	,1968
		Braga	-,28399	,17676	,981	-,9023	,3343
		Porto	-,23002	,15438	,991	-,7700	,3100
		Vila Real	-,42843	,19135	,727	-1,0977	,2409
		Bragança	-,19000	,19947	1,000	-,8877	,5077
		Viseu	-,26897	,20849	,998	-,9982	,4603
		Guarda	-,63861	,22038	,256	-1,4095	,1323
		Coimbra	-,43693	,19817	,750	-1,1301	,2563
		Castelo Branco	-,13108	,22275	1,000	-,9102	,6481
		Leiria	-,25987	,19573	,998	-,9445	,4248
		Santarém	-,45425	,19693	,678	-1,1431	,2346
		Portalegre	-,30078	,20522	,993	-1,0186	,4171
		Lisboa	-,20691	,15019	,996	-,7323	,3184
		Setúbal	-,00026	,17676	1,000	-,6185	,6180
		Évora	-,58555	,22038	,412	-1,3564	,1853
		Beja	,27338	,22038	,999	-,4975	1,0443
		Faro	,03186	,19817	1,000	-,6613	,7251

Viseu	Viana do Castelo	-,30512	,24045	,999	-1,1462	,5360	
	Braga	-,01501	,20122	1,000	-,7189	,6888	
	Porto	,03896	,18189	1,000	-,5973	,6752	
	Vila Real	-,15946	,21415	1,000	-,9085	,5896	
	Bragança	-,07898	,22144	1,000	-,6956	,8536	
	Aveiro	,26897	,20849	,998	-,4603	,9982	
	Guarda	-,36963	,24045	,988	-1,2107	,4714	
	Coimbra	-,16796	,22027	1,000	-,9385	,6025	
	Castelo Branco	,13789	,24262	1,000	-,7108	,9866	
	Leiria	,00911	,21808	1,000	-,7537	,7719	
	Santarém	-,18528	,21915	1,000	-,9519	,5813	
	Portalegre	-,03181	,22663	1,000	-,8246	,7609	
	Lisboa	,06206	,17834	1,000	-,5618	,6859	
	Setúbal	,26871	,20122	,998	-,4351	,9726	
	Évora	-,31657	,24045	,998	-1,1576	,5245	
	Beja	,54235	,24045	,715	-,2987	1,3834	
	Faro	,30083	,22027	,997	-,4697	1,0713	
	Guarda	Viana do Castelo	,06452	,25083	1,000	-,8129	,9419
		Braga	,35462	,21352	,973	-,3923	1,1015
Porto		,40859	,19541	,821	-,2749	1,0921	
Vila Real		,21018	,22575	1,000	-,5795	,9998	
Bragança		,44861	,23268	,901	-,3653	1,2625	
Aveiro		,63861	,22038	,256	-,1323	1,4095	
Viseu		,36963	,24045	,988	-,4714	1,2107	
Coimbra		,20168	,23156	1,000	-,6083	1,0117	
Castelo Branco		,50753	,25291	,866	-,3771	1,3922	
Leiria		,37874	,22947	,975	-,4239	1,1814	
Santarém		,18436	,23050	1,000	-,6219	,9906	
Portalegre		,33783	,23762	,995	-,4934	1,1690	
Lisboa		,43169	,19211	,721	-,2403	1,1037	
Setúbal		,63835	,21352	,207	-,1085	1,3852	
Évora		,05306	,25083	1,000	-,8243	,9305	
Beja	,91199	,25083	,032	,0346	1,7894		
Faro	,67047	,23156	,257	-,1395	1,4805		
Coimbra	Viana do Castelo	-,13716	,23156	1,000	-,9472	,6728	
	Braga	-,15295	,19052	1,000	-,5135	,8194	
	Porto	,20691	,16997	,999	-,3876	,8015	
	Vila Real	,00850	,20413	1,000	-,7055	,7225	
	Bragança	,24694	,21176	1,000	-,4938	,9877	
	Aveiro	,43693	,19817	,750	-,2563	1,1301	
	Viseu	,16796	,22027	1,000	-,6025	,9385	
	Guarda	-,20168	,23156	1,000	-1,0117	,6083	
	Castelo Branco	,30585	,23382	,998	-,5120	1,1237	
	Leiria	,17707	,20824	1,000	-,5513	,9055	
	Santarém	-,01732	,20937	1,000	-,7497	,7150	
	Portalegre	,13615	,21719	1,000	-,6235	,8958	
	Lisboa	,23002	,16617	,996	-,3512	,8113	
	Setúbal	,43667	,19052	,689	-,2297	1,1031	
	Évora	-,14861	,23156	1,000	-,9586	,6614	
Beja	,71031	,23156	,171	-,0997	1,5203		
Faro	,46879	,21054	,735	-,2677	1,2052		
Castelo Branco	Viana do Castelo	-,44301	,25291	,956	-1,3277	,4417	
	Braga	-,15291	,21596	1,000	-,9083	,6025	
	Porto	-,09894	,19807	1,000	-,7918	,5939	
	Vila Real	-,29735	,22806	,998	-1,0951	,5004	
	Bragança	-,05891	,23492	1,000	-,8806	,7628	
	Aveiro	,13108	,22275	1,000	-,6481	,9102	
	Viseu	-,13789	,24262	1,000	-,9866	,7108	
	Guarda	-,50753	,25291	,866	-1,3922	,3771	
	Coimbra	-,30585	,23382	,998	-1,1237	,5120	
	Leiria	-,12878	,23175	1,000	-,9394	,6819	
	Santarém	-,32317	,23276	,996	-1,1374	,4910	
	Portalegre	-,16970	,23982	1,000	-1,0086	,6692	
	Lisboa	-,07583	,19482	1,000	-,7573	,6056	
	Setúbal	,13082	,21596	1,000	-,6246	,8862	
	Évora	-,45446	,25291	,945	-1,3391	,4302	
Beja	,40446	,25291	,982	-,4802	1,2891		
Faro	,16294	,23382	1,000	-,6549	,9808		
Leiria	Viana do Castelo	-,31423	,22947	,997	-1,1169	,4885	
	Braga	-,02412	,18797	1,000	-,6816	,6334	

		Porto	,02985	,16711	1,000	-,5547	,6144
		Vila Real	-,16856	,20175	1,000	-,8743	,5372
		Bragança	,06987	,20947	1,000	-,6629	,8026
		Aveiro	,25987	,19573	,998	-,4248	,9445
		Viseu	-,00911	,21808	1,000	-,7719	,7537
		Guarda	-,37874	,22947	,975	-,1,1814	,4239
		Coimbra	-,17707	,20824	1,000	-,9055	,5513
		Castelo Branco	,12878	,23175	1,000	-,6819	,9394
		Santarém	-,19439	,20705	1,000	-,9186	,5299
		Portalegre	-,04091	,21496	1,000	-,7928	,7110
		Lisboa	,05295	,16324	1,000	-,5181	,6240
		Setúbal	,25961	,18797	,996	-,3979	,9171
		Évora	-,32568	,22947	,995	-,1,1284	,4770
		Beja	,53325	,22947	,666	-,2694	1,3359
		Faro	,29172	,20824	,996	-,4367	1,0201
	Santarém	Viana do Castelo	-,11984	,23050	1,000	-,9261	,6864
		Braga	,17027	,18922	1,000	-,4916	,8322
		Porto	,22423	,16851	,998	-,3652	,8137
		Vila Real	,02582	,20292	1,000	-,6840	,7356
		Bragança	,26426	,21060	,999	-,4724	1,0009
		Aveiro	,45425	,19693	,678	-,2346	1,1431
		Viseu	,18528	,21915	1,000	-,5813	,9519
		Guarda	-,18436	,23050	1,000	-,9906	,6219
		Coimbra	,01732	,20937	1,000	-,7150	,7497
		Castelo Branco	,32317	,23276	,996	-,4910	1,1374
		Leiria	,19439	,20705	1,000	-,5299	,9186
		Portalegre	,15347	,21605	1,000	-,6022	,9092
		Lisboa	,24734	,16468	,990	-,3287	,8234
		Setúbal	,45399	,18922	,609	-,2079	1,1159
		Évora	-,13129	,23050	1,000	-,9376	,6750
		Beja	,72763	,23050	,136	-,0786	1,5339
	Faro	,48611	,20937	,667	-,2462	1,2185	
	Portalegre	Viana do Castelo	-,27331	,23762	1,000	-,1,1045	,5579
		Braga	,01679	,19784	1,000	-,6752	,7088
		Porto	,07076	,17813	1,000	-,5523	,6939
		Vila Real	-,12765	,21097	1,000	-,8656	,6103
		Bragança	,11078	,21837	1,000	-,6531	,8746
		Aveiro	,30078	,20522	,993	-,4171	1,0186
		Viseu	,03181	,22663	1,000	-,7609	,8246
		Guarda	-,33783	,23762	,995	-,1,1690	,4934
		Coimbra	-,13615	,21719	1,000	-,8958	,6235
		Castelo Branco	,16970	,23982	1,000	-,6692	1,0086
		Leiria	,04091	,21496	1,000	-,7110	,7928
		Santarém	-,15347	,21605	1,000	-,9092	,6022
		Lisboa	,09386	,17451	1,000	-,5166	,7043
		Setúbal	,30052	,19784	,989	-,3915	,9925
		Évora	-,28477	,23762	,999	-,1,1159	,5464
		Beja	,57416	,23762	,596	-,2570	1,4053
	Faro	,33264	,21719	,988	-,4271	1,0923	
	Lisboa	Viana do Castelo	-,36718	,19211	,907	-,1,0392	,3048
		Braga	-,07707	,13993	1,000	-,5666	,4124
		Porto	-,02310	,11033	1,000	-,4090	,3628
		Vila Real	-,22151	,15796	,996	-,7741	,3310
		Bragança	,01692	,16771	1,000	-,5697	,6036
		Aveiro	,20691	,15019	,996	-,3184	,7323
		Viseu	-,06206	,17834	1,000	-,6859	,5618
		Guarda	-,43169	,19211	,721	-,1,1037	,2403
		Coimbra	-,23002	,16617	,996	-,8113	,3512
		Castelo Branco	,07583	,19482	1,000	-,6056	,7573
		Leiria	-,05295	,16324	1,000	-,6240	,5181
		Santarém	-,24734	,16468	,990	-,8234	,3287
		Portalegre	-,09386	,17451	1,000	-,7043	,5166
		Setúbal	,20666	,13993	,992	-,2828	,6961
		Évora	-,37863	,19211	,882	-,1,0506	,2934
		Beja	,48030	,19211	,531	-,1917	1,1523
	Faro	,23877	,16617	,994	-,3425	,8200	
	Setúbal	Viana do Castelo	-,57383	,21352	,391	-,1,3207	,1731
		Braga	-,28373	,16813	,969	-,8718	,3044
		Porto	-,22976	,14443	,983	-,7350	,2754
		Vila Real	-,42817	,18341	,658	-,1,0697	,2134

		Bragança	-,18974	,19187	1,000	-,8609	,4814
		Aveiro	,00026	,17676	1,000	-,6180	,6185
		Viseu	-,26871	,20122	,998	-,9726	,4351
		Guarda	-,63835	,21352	,207	-,13852	,1085
		Coimbra	-,43667	,19052	,689	-,1,1031	,2297
		Castelo Branco	-,13082	,21596	1,000	-,8862	,6246
		Leiria	-,25961	,18797	,996	-,9171	,3979
		Santarém	-,45399	,18922	,609	-,1,1159	,2079
		Portalegre	-,30052	,19784	,989	-,9925	,3915
		Lisboa	-,20666	,13993	,992	-,6961	,2828
		Évora	-,58529	,21352	,353	-,1,3322	,1616
		Beja	,27364	,21352	,998	-,4732	1,0205
		Faro	,03212	,19052	1,000	-,6343	,6985
	Évora	Viana do Castelo	,01145	,25083	1,000	-,8659	,8888
		Braga	,30156	,21352	,995	-,4453	1,0484
		Porto	,35553	,19541	,938	-,3280	1,0390
		Vila Real	,15712	,22575	1,000	-,6325	,9468
		Bragança	,39555	,23268	,967	-,4183	1,2094
		Aveiro	,58555	,22038	,412	-,1853	1,3564
		Viseu	,31657	,24045	,998	-,5245	1,1576
		Guarda	-,05306	,25083	1,000	-,9305	,8243
		Coimbra	,14861	,23156	1,000	-,6614	,9586
		Castelo Branco	,45446	,25291	,945	-,4302	1,3391
		Leiria	,32568	,22947	,995	-,4770	1,1284
		Santarém	,13129	,23050	1,000	-,6750	,9376
		Portalegre	,28477	,23762	,999	-,5464	1,1159
		Lisboa	,37863	,19211	,882	-,2934	1,0506
		Setúbal	,58529	,21352	,353	-,1616	1,3322
	Beja	,85893	,25083	,063	-,0185	1,7363	
	Faro	,61740	,23156	,406	-,1926	1,4274	
	Beja	Viana do Castelo	-,84747	,25083	,072	-,1,7249	,0299
		Braga	-,55737	,21352	,447	-,1,3043	,1895
		Porto	-,50340	,19541	,472	-,1,1869	,1801
		Vila Real	-,70181	,22575	,154	-,1,4915	,0878
		Bragança	-,46338	,23268	,873	-,1,2773	,3505
		Aveiro	-,27338	,22038	,999	-,1,0443	,4975
		Viseu	-,54235	,24045	,715	-,1,3834	,2987
		Guarda	-,91199	,25083	,032	-,1,7894	-,0346
		Coimbra	-,71031	,23156	,171	-,1,5203	,0997
		Castelo Branco	-,40446	,25291	,982	-,1,2891	,4802
		Leiria	-,53325	,22947	,666	-,1,3359	,2694
		Santarém	-,72763	,23050	,136	-,1,5339	,0786
		Portalegre	-,57416	,23762	,596	-,1,4053	,2570
		Lisboa	-,48030	,19211	,531	-,1,1523	,1917
		Setúbal	-,27364	,21352	,998	-,1,0205	,4732
	Évora	-,85893	,25083	,063	-,1,7363	,0185	
	Faro	-,24152	,23156	1,000	-,1,0515	,5685	
	Faro	Viana do Castelo	-,60595	,23156	,442	-,1,4159	,2040
		Braga	-,31584	,19052	,974	-,9823	,3506
		Porto	-,26188	,16997	,987	-,8564	,3327
		Vila Real	-,46029	,20413	,716	-,1,1743	,2537
		Bragança	-,22185	,21176	1,000	-,9626	,5189
		Aveiro	-,03186	,19817	1,000	-,7251	,6613
		Viseu	-,30083	,22027	,997	-,1,0713	,4697
		Guarda	-,67047	,23156	,257	-,1,4805	,1395
		Coimbra	-,46879	,21054	,735	-,1,2052	,2677
		Castelo Branco	-,16294	,23382	1,000	-,9808	,6549
		Leiria	-,29172	,20824	,996	-,1,0201	,4367
		Santarém	-,48611	,20937	,667	-,1,2185	,2462
		Portalegre	-,33264	,21719	,988	-,1,0923	,4271
		Lisboa	-,23877	,16617	,994	-,8200	,3425
		Setúbal	-,03212	,19052	1,000	-,6985	,6343
	Évora	-,61740	,23156	,406	-,1,4274	,1926	
	Beja	,24152	,23156	1,000	-,5685	1,0515	
FG	Viana do Castelo	Braga	2,96972	2,13696	,996	-,4,5052	10,4446
		Porto	3,28862	1,95566	,970	-,3,5521	10,1294
		Vila Real	-,98070	2,25933	1,000	-,8,8836	6,9223
		Bragança	3,64632	2,32864	,985	-,4,4991	11,7917
		Aveiro	2,80667	2,20559	,999	-,4,9083	10,5217
		Viseu	-,61021	2,40644	1,000	-,9,0278	7,8073

		Guarda	-4,31414	2,51036	,963	-13,0952	4,4669
		Coimbra	2,84780	2,31753	,999	-5,2588	10,9543
		Castelo Branco	1,50774	2,53120	1,000	-7,3462	10,3617
		Leiria	2,78884	2,29661	,999	-5,2445	10,8222
		Santarém	-,87646	2,30686	1,000	-8,9457	7,1928
		Portalegre	-2,51758	2,37814	1,000	-10,8361	5,8010
		Lisboa	2,44795	1,92267	,999	-4,2774	9,1733
		Setúbal	1,53066	2,13696	1,000	-5,9443	9,0056
		Évora	,45637	2,51036	1,000	-8,3247	9,2374
		Beja	-,66208	2,51036	1,000	-9,4431	8,1190
		Faro	-2,82713	2,31753	,999	-10,9337	5,2794
		Viana do Castelo	-2,96972	2,13696	,996	-10,4446	4,5052
		Porto	,31890	1,44544	1,000	-4,7371	5,3749
		Vila Real	-3,95041	1,83555	,784	-10,3710	2,4702
		Bragança	,67661	1,92023	1,000	-6,0402	7,3934
		Aveiro	-,16305	1,76899	1,000	-6,3508	6,0247
		Viseu	-3,57992	2,01386	,950	-10,6243	3,4644
		Guarda	-7,28386	2,13696	,066	-14,7588	,1911
		Coimbra	-,12192	1,90674	1,000	-6,7915	6,5477
		Castelo Branco	-1,46198	2,16140	1,000	-9,0224	6,0984
		Leiria	-,18088	1,88126	1,000	-6,7614	6,3996
		Santarém	-3,84617	1,89376	,854	-10,4704	2,7780
		Portalegre	-5,48730	1,97996	,333	-12,4131	1,4385
		Lisboa	-,52176	1,40048	1,000	-5,4205	4,3770
		Setúbal	-1,43906	1,68265	1,000	-7,3248	4,4467
		Évora	-2,51334	2,13696	,999	-9,9883	4,9616
		Beja	-3,63179	2,13696	,967	-11,1067	3,8431
		Faro	-5,79684	1,90674	,183	-12,4665	,8728
		Viana do Castelo	-3,28862	1,95566	,970	-10,1294	3,5521
		Braga	-,31890	1,44544	1,000	-5,3749	4,7371
		Vila Real	-4,26932	1,62088	,429	-9,9390	1,4004
		Bragança	,35771	1,71618	1,000	-5,6454	6,3608
		Aveiro	-,48195	1,54510	1,000	-5,8866	4,9227
		Viseu	-3,89883	1,82034	,791	-10,2662	2,4686
		Guarda	-7,60276 <sup>*</sup>	1,95566	,013	-14,4435	-,7620
		Coimbra	-,44082	1,70107	1,000	-6,3910	5,5094
		Castelo Branco	-1,78088	1,98233	1,000	-8,7149	5,1532
		Leiria	-,49978	1,67246	1,000	-6,3499	5,3504
		Santarém	-4,16508	1,68651	,554	-10,0644	1,7342
		Portalegre	-5,80620	1,78277	,103	-12,0422	,4298
		Lisboa	-,84067	1,10424	1,000	-4,7032	3,0219
		Setúbal	-1,75796	1,44544	,999	-6,8140	3,2981
		Évora	-2,83225	1,95566	,994	-9,6730	4,0085
		Beja	-3,95069	1,95566	,859	-10,7915	2,8901
		Faro	-6,11575 <sup>*</sup>	1,70107	,036	-12,0660	-,1655
		Viana do Castelo	,98070	2,25933	1,000	-6,9223	8,8836
		Braga	3,95041	1,83555	,784	-2,4702	10,3710
		Porto	4,26932	1,62088	,429	-1,4004	9,9390
		Bragança	4,62702	2,05553	,718	-2,5631	11,8171
		Aveiro	3,78736	1,91501	,879	-2,9112	10,4859
		Viseu	,37049	2,14327	1,000	-7,1265	7,8675
		Guarda	-3,33344	2,25933	,992	-11,2364	4,5695
		Coimbra	3,82849	2,04294	,921	-3,3175	10,9745
		Castelo Branco	2,48843	2,28245	1,000	-5,4954	10,4723
		Leiria	3,76954	2,01918	,923	-3,2934	10,8325
		Santarém	,10424	2,03083	1,000	-6,9994	7,2079
		Portalegre	-1,53688	2,11145	1,000	-8,9226	5,8488
		Lisboa	3,42865	1,58091	,774	-2,1013	8,9586
		Setúbal	2,51135	1,83555	,997	-3,9093	8,9320
		Évora	1,43707	2,25933	1,000	-6,4659	9,3400
		Beja	,31862	2,25933	1,000	-7,5843	8,2216
		Faro	-1,84643	2,04294	1,000	-8,9925	5,2996
		Viana do Castelo	-3,64632	2,32864	,985	-11,7917	4,4991
		Braga	-,67661	1,92023	1,000	-7,3934	6,0402
		Porto	-,35771	1,71618	1,000	-6,3608	5,6454
		Vila Real	-4,62702	2,05553	,718	-11,8171	2,5631
		Aveiro	-,83966	1,99632	1,000	-7,8226	6,1433
		Viseu	-4,25653	2,21622	,904	-12,0087	3,4956
		Guarda	-7,96047	2,32864	,064	-16,1059	,1850
		Coimbra	-,79853	2,11934	1,000	-8,2118	6,6148

		Castelo Branco	-2,13859	2,35109	1,000	-10,3625	6,0853
		Leiria	-,85748	2,09645	1,000	-8,1907	6,4757
		Santarém	-4,52278	2,10767	,788	-11,8953	2,8497
		Portalegre	-6,16390	2,18546	,302	-13,8085	1,4807
		Lisboa	-1,19837	1,67849	1,000	-7,0696	4,6728
		Setúbal	-2,11567	1,92023	1,000	-8,8325	4,6011
		Évora	-3,18995	2,32864	,997	-11,3354	4,9555
		Beja	-4,30840	2,32864	,929	-12,4538	3,8370
		Faro	-6,47345	2,11934	,177	-13,8868	,9399
	Aveiro	Viana do Castelo	-2,80667	2,20559	,999	-10,5217	4,9083
		Braga	,16305	1,76899	1,000	-6,0247	6,3508
		Porto	,48195	1,54510	1,000	-4,9227	5,8866
		Vila Real	-3,78736	1,91501	,879	-10,4859	2,9112
		Bragança	,83966	1,99632	1,000	-6,1433	7,8226
		Viseu	-3,41687	2,08655	,977	-10,7155	3,8817
		Guarda	-7,12081	2,20559	,112	-14,8358	,5942
		Coimbra	,04113	1,98335	1,000	-6,8965	6,9787
		Castelo Branco	-1,29893	2,22928	1,000	-9,0968	6,4989
		Leiria	-,01783	1,95887	1,000	-6,8698	6,8341
		Santarém	-3,68312	1,97087	,923	-10,5771	3,2108
		Portalegre	-5,32425	2,05385	,460	-12,5084	1,8600
		Lisboa	-,35871	1,50312	1,000	-5,6165	4,8991
		Setúbal	-1,27601	1,76899	1,000	-7,4638	4,9118
		Évora	-2,35029	2,20559	1,000	-10,0653	5,3647
	Beja	-3,46874	2,20559	,984	-11,1837	4,2463	
	Faro	-5,63379	1,98335	,289	-12,5714	1,3038	
	Viseu	Viana do Castelo	,61021	2,40644	1,000	-7,8073	9,0278
		Braga	3,57992	2,01386	,950	-3,4644	10,6243
		Porto	3,89883	1,82034	,791	-2,4686	10,2662
		Vila Real	-,37049	2,14327	1,000	-7,8675	7,1265
		Bragança	4,25653	2,21622	,904	-3,4956	12,0087
		Aveiro	3,41687	2,08655	,977	-3,8817	10,7155
		Guarda	-3,70393	2,40644	,988	-12,1215	4,7136
Coimbra		3,45801	2,20454	,985	-4,2533	11,1693	
Castelo Branco		2,11795	2,42816	1,000	-6,3756	10,6115	
Leiria		3,39905	2,18254	,986	-4,2353	11,0334	
Santarém		-,26625	2,19332	1,000	-7,9383	7,4058	
Portalegre		-1,90737	2,26817	1,000	-9,8413	6,0265	
Lisboa		3,05816	1,78485	,964	-3,1851	9,3014	
Setúbal		2,14087	2,01386	1,000	-4,9035	9,1852	
Évora		1,06658	2,40644	1,000	-7,3510	9,4841	
Beja	-,05187	2,40644	1,000	-8,4694	8,3657		
Faro	-2,21692	2,20454	1,000	-9,9282	5,4944		
Guarda	Viana do Castelo	4,31414	2,51036	,963	-4,4669	13,0952	
	Braga	7,28386	2,13696	,066	-,1911	14,7588	
	Porto	7,60276	1,95566	,013	,7620	14,4435	
	Vila Real	3,33344	2,25933	,992	-4,5695	11,2364	
	Bragança	7,96047	2,32864	,064	-,1850	16,1059	
	Aveiro	7,12081	2,20559	,112	-,5942	14,8358	
	Viseu	3,70393	2,40644	,988	-4,7136	12,1215	
	Coimbra	7,16194	2,31753	,162	-,9446	15,2685	
	Castelo Branco	5,82188	2,53120	,683	-3,0321	14,6758	
	Leiria	7,10298	2,29661	,161	-,9304	15,1364	
	Santarém	3,43768	2,30686	,991	-4,6316	11,5069	
	Portalegre	1,79656	2,37814	1,000	-6,5220	10,1151	
	Lisboa	6,76209	1,92267	,047	,0367	13,4874	
	Setúbal	5,84480	2,13696	,357	-1,6301	13,3197	
	Évora	4,77051	2,51036	,911	-4,0105	13,5516	
Beja	3,65206	2,51036	,993	-5,1290	12,4331		
Faro	1,48701	2,31753	1,000	-6,6195	9,5936		
Coimbra	Viana do Castelo	-2,84780	2,31753	,999	-10,9543	5,2588	
	Braga	,12192	1,90674	1,000	-6,5477	6,7915	
	Porto	,44082	1,70107	1,000	-5,5094	6,3910	
	Vila Real	-3,82849	2,04294	,921	-10,9745	3,3175	
	Bragança	,79853	2,11934	1,000	-6,6148	8,2118	
	Aveiro	-,04113	1,98335	1,000	-6,9787	6,8965	
	Viseu	-3,45801	2,20454	,985	-11,1693	4,2533	
	Guarda	-7,16194	2,31753	,162	-15,2685	,9446	
	Castelo Branco	-1,34006	2,34008	1,000	-9,5255	6,8454	
Leiria	-,05896	2,08410	1,000	-7,3490	7,2311		

Castelo Branco	Santarém	-3,72426	2,09539	,950	-11,0538	3,6053	
	Portalegre	-5,36538	2,17362	,555	-12,9685	2,2378	
	Lisboa	-,39985	1,66304	1,000	-6,2170	5,4173	
	Setúbal	-1,31714	1,90674	1,000	-7,9868	5,3525	
	Évora	-2,39142	2,31753	1,000	-10,4980	5,7151	
	Beja	-3,50987	2,31753	,990	-11,6164	4,5967	
	Faro	-5,67492	2,10713	,386	-13,0455	1,6957	
	Viana do Castelo	-1,50774	2,53120	1,000	-10,3617	7,3462	
	Braga	1,46198	2,16140	1,000	-6,0984	9,0224	
	Porto	1,78088	1,98233	1,000	-5,1532	8,7149	
	Vila Real	-2,48843	2,28245	1,000	-10,4723	5,4954	
	Bragança	2,13859	2,35109	1,000	-6,0853	10,3625	
	Aveiro	1,29893	2,22928	1,000	-6,4989	9,0968	
	Viseu	-2,11795	2,42816	1,000	-10,6115	6,3756	
	Guarda	-5,82188	2,53120	,683	-14,6758	3,0321	
	Coimbra	1,34006	2,34008	1,000	-6,8454	9,5255	
	Leiria	1,28110	2,31937	1,000	-6,8319	9,3941	
	Santarém	-2,38420	2,32952	1,000	-10,5327	5,7643	
	Portalegre	-4,02532	2,40013	,971	-12,4208	4,3701	
	Lisboa	,94021	1,94979	1,000	-5,8800	7,7604	
	Setúbal	,02292	2,16140	1,000	-7,5375	7,5833	
	Évora	-1,05136	2,53120	1,000	-9,9053	7,8026	
	Beja	-2,16981	2,53120	1,000	-11,0237	6,6841	
	Faro	-4,33486	2,34008	,928	-12,5203	3,8506	
	Leiria	Viana do Castelo	-2,78884	2,29661	,999	-10,8222	5,2445
		Braga	,18088	1,88126	1,000	-6,3996	6,7614
		Porto	,49978	1,67246	1,000	-5,3504	6,3499
Vila Real		-3,76954	2,01918	,923	-10,8325	3,2934	
Bragança		,85748	2,09645	1,000	-6,4757	8,1907	
Aveiro		,01783	1,95887	1,000	-6,8341	6,8698	
Viseu		-3,39905	2,18254	,986	-11,0334	4,2353	
Guarda		-7,10298	2,29661	,161	-15,1364	,9304	
Coimbra		,05896	2,08410	1,000	-7,2311	7,3490	
Castelo Branco		-1,28110	2,31937	1,000	-9,3941	6,8319	
Santarém		-3,66530	2,07223	,952	-10,9138	3,5832	
Portalegre		-5,30642	2,15130	,557	-12,8315	2,2187	
Lisboa		-,34089	1,63376	1,000	-6,0557	5,3739	
Setúbal		-1,25818	1,88126	1,000	-7,8387	5,3223	
Évora		-2,33247	2,29661	1,000	-10,3658	5,7009	
Beja		-3,45092	2,29661	,990	-11,4843	4,5825	
Faro		-5,61597	2,08410	,385	-12,9060	1,6741	
Santarém	Viana do Castelo	,87646	2,30686	1,000	-7,1928	8,9457	
	Braga	3,84617	1,89376	,854	-2,7780	10,4704	
	Porto	4,16508	1,68651	,554	-1,7342	10,0644	
	Vila Real	-,10424	2,03083	1,000	-7,2079	6,9994	
	Bragança	4,52278	2,10767	,788	-2,8497	11,8953	
	Aveiro	3,68312	1,97087	,923	-3,2108	10,5771	
	Viseu	,26625	2,19332	1,000	-7,4058	7,9383	
	Guarda	-3,43768	2,30686	,991	-11,5069	4,6316	
	Coimbra	3,72426	2,09539	,950	-3,6053	11,0538	
	Castelo Branco	2,38420	2,32952	1,000	-5,7643	10,5327	
	Leiria	3,66530	2,07223	,952	-3,5832	10,9138	
	Portalegre	-1,64112	2,16224	1,000	-9,2045	5,9222	
	Lisboa	3,32441	1,64814	,861	-2,4407	9,0895	
	Setúbal	2,40712	1,89376	,999	-4,2171	9,0313	
	Évora	1,33283	2,30686	1,000	-6,7364	9,4021	
Beja	,21438	2,30686	1,000	-7,8549	8,2836		
Faro	-1,95067	2,09539	1,000	-9,2802	5,3788		
Portalegre	Viana do Castelo	2,51758	2,37814	1,000	-5,8010	10,8361	
	Braga	5,48730	1,97996	,333	-1,4385	12,4131	
	Porto	5,80620	1,78277	,103	-,4298	12,0422	
	Vila Real	1,53688	2,11145	1,000	-5,8488	8,9226	
	Bragança	6,16390	2,18546	,302	-1,4807	13,8085	
	Aveiro	5,32425	2,05385	,460	-1,8600	12,5084	
	Viseu	1,90737	2,26817	1,000	-6,0265	9,8413	
	Guarda	-1,79656	2,37814	1,000	-10,1151	6,5220	
	Coimbra	5,36538	2,17362	,555	-2,2378	12,9685	
	Castelo Branco	4,02532	2,40013	,971	-4,3701	12,4208	
	Leiria	5,30642	2,15130	,557	-2,2187	12,8315	
Santarém	1,64112	2,16224	1,000	-5,9222	9,2045		

Lisboa	Lisboa	4,96553	1,74651	,288	-1,1436	11,0747
	Setúbal	4,04824	1,97996	,847	-2,8775	10,9740
	Évora	2,97395	2,37814	,999	-5,3446	11,2925
	Beja	1,85550	2,37814	1,000	-6,4631	10,1741
	Faro	-3,30955	2,17362	1,000	-7,9127	7,2936
	Viana do Castelo	-2,44795	1,92267	,999	-9,1733	4,2774
	Braga	,52176	1,40048	1,000	-4,3770	5,4205
	Porto	,84067	1,10424	1,000	-3,0219	4,7032
	Vila Real	-3,42865	1,58091	,774	-8,9586	2,1013
	Bragança	1,19837	1,67849	1,000	-4,6728	7,0696
	Aveiro	,35871	1,50312	1,000	-4,8991	5,6165
	Viseu	-3,05816	1,78485	,964	-9,3014	3,1851
	Guarda	-6,76209	1,92267	,047	-13,4874	-,0367
	Coimbra	,39985	1,66304	1,000	-5,4173	6,2170
	Castelo Branco	-,94021	1,94979	1,000	-7,7604	5,8800
	Leiria	,34089	1,63376	1,000	-5,3739	6,0557
	Santarém	-3,32441	1,64814	,861	-9,0895	2,4407
	Portalegre	-4,96553	1,74651	,288	-11,0747	1,1436
	Setúbal	-,91729	1,40048	1,000	-5,8161	3,9815
	Évora	-1,99158	1,92267	1,000	-8,7169	4,7338
Beja	-3,11003	1,92267	,979	-9,8354	3,6153	
Faro	-5,27508	1,66304	,131	-11,0923	,5421	
Setúbal	Viana do Castelo	-1,53066	2,13696	1,000	-9,0056	5,9443
	Braga	1,43906	1,68265	1,000	-4,4467	7,3248
	Porto	1,75796	1,44544	,999	-3,2981	6,8140
	Vila Real	-2,51135	1,83555	,997	-8,9320	3,9093
	Bragança	2,11567	1,92023	1,000	-4,6011	8,8325
	Aveiro	1,27601	1,76899	1,000	-4,9118	7,4638
	Viseu	-2,14087	2,01386	1,000	-9,1852	4,9035
	Guarda	-5,84480	2,13696	,357	-13,3197	1,6301
	Coimbra	1,31714	1,90674	1,000	-5,3525	7,9868
	Castelo Branco	-,02292	2,16140	1,000	-7,5833	7,5375
	Leiria	1,25818	1,88126	1,000	-5,3223	7,8387
	Santarém	-2,40712	1,89376	,999	-9,0313	4,2171
	Portalegre	-4,04824	1,97996	,847	-10,9740	2,8775
	Lisboa	,91729	1,40048	1,000	-3,9815	5,8161
	Évora	-1,07429	2,13696	1,000	-8,5492	6,4006
	Beja	-2,19273	2,13696	1,000	-9,6677	5,2822
	Faro	-4,35778	1,90674	,694	-11,0274	2,3118
Évora	Viana do Castelo	-,45637	2,51036	1,000	-9,2374	8,3247
	Braga	2,51334	2,13696	,999	-4,9616	9,9883
	Porto	2,83225	1,95566	,994	-4,0085	9,6730
	Vila Real	-1,43707	2,25933	1,000	-9,3400	6,4659
	Bragança	3,18995	2,32864	,997	-4,9555	11,3354
	Aveiro	2,35029	2,20559	1,000	-5,3647	10,0653
	Viseu	-1,06658	2,40644	1,000	-9,4841	7,3510
	Guarda	-4,77051	2,51036	,911	-13,5516	4,0105
	Coimbra	2,39142	2,31753	1,000	-5,7151	10,4980
	Castelo Branco	1,05136	2,53120	1,000	-7,8026	9,9053
	Leiria	2,33247	2,29661	1,000	-5,7009	10,3658
	Santarém	-1,33283	2,30686	1,000	-9,4021	6,7364
	Portalegre	-2,97395	2,37814	,999	-11,2925	5,3446
	Lisboa	1,99158	1,92267	1,000	-4,7338	8,7169
	Setúbal	1,07429	2,13696	1,000	-6,4006	8,5492
	Beja	-1,11845	2,51036	1,000	-9,8995	7,6626
	Faro	-3,28350	2,31753	,995	-11,3901	4,8231
Beja	Viana do Castelo	,66208	2,51036	1,000	-8,1190	9,4431
	Braga	3,63179	2,13696	,967	-3,8431	11,1067
	Porto	3,95069	1,95566	,859	-2,8901	10,7915
	Vila Real	-,31862	2,25933	1,000	-8,2216	7,5843
	Bragança	4,30840	2,32864	,929	-3,8370	12,4538
	Aveiro	3,46874	2,20559	,984	-4,2463	11,1837
	Viseu	,05187	2,40644	1,000	-8,3657	8,4694
	Guarda	-3,65206	2,51036	,993	-12,4331	5,1290
	Coimbra	3,50987	2,31753	,990	-4,5967	11,6164
	Castelo Branco	2,16981	2,53120	1,000	-6,6841	11,0237
	Leiria	3,45092	2,29661	,990	-4,5825	11,4843
	Santarém	-,21438	2,30686	1,000	-8,2836	7,8549
	Portalegre	-1,85550	2,37814	1,000	-10,1741	6,4631
	Lisboa	3,11003	1,92267	,979	-3,6153	9,8354

		Setúbal	2,19273	2,13696	1,000	-5,2822	9,6677
		Évora	1,11845	2,51036	1,000	-7,6626	9,8995
		Faro	-2,16505	2,31753	1,000	-10,2716	5,9415
	Faro	Viana do Castelo	2,82713	2,31753	,999	-5,2794	10,9337
		Braga	5,79684	1,90674	,183	-,8728	12,4665
		Porto	6,11575*	1,70107	,036	,1655	12,0660
		Vila Real	1,84643	2,04294	1,000	-5,2996	8,9925
		Bragança	6,47345	2,11934	,177	-,9399	13,8868
		Aveiro	5,63379	1,98335	,289	-1,3038	12,5714
		Viseu	2,21692	2,20454	1,000	-5,4944	9,9282
		Guarda	-1,48701	2,31753	1,000	-9,5936	6,6195
		Coimbra	5,67492	2,10713	,386	-1,6957	13,0455
		Castelo Branco	4,33486	2,34008	,928	-3,8506	12,5203
		Leiria	5,61597	2,08410	,385	-1,6741	12,9060
		Santarém	1,95067	2,09539	1,000	-5,3788	9,2802
		Portalegre	,30955	2,17362	1,000	-7,2936	7,9127
		Lisboa	5,27508	1,66304	,131	-,5421	11,0923
		Setúbal	4,35778	1,90674	,694	-2,3118	11,0274
		Évora	3,28350	2,31753	,995	-4,8231	11,3901
		Beja	2,16505	2,31753	1,000	-5,9415	10,2716

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## Multiple Comparisons

### Tukey HSD

Dependent Variable	(I) NUT2	(J) NUT2	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower Bound	Upper Bound	
EMV	Norte	Centro	,28253 <sup>*</sup>	,04168	,000	,1686	,3964	
		Lisboa	,40848 <sup>*</sup>	,04229	,000	,2929	,5240	
		Alentejo	1,26516 <sup>*</sup>	,04957	,000	1,1297	1,4006	
		Algarve	,89291 <sup>*</sup>	,08004	,000	,6742	1,1116	
	Centro	Norte	-,28253 <sup>*</sup>	,04168	,000	-,3964	-,1686	
		Lisboa	,12595	,04645	,053	-,0010	,2529	
		Alentejo	,98263 <sup>*</sup>	,05316	,000	,8374	1,1279	
		Algarve	,61038 <sup>*</sup>	,08231	,000	,3854	,8353	
	Lisboa	Norte	-,40848 <sup>*</sup>	,04229	,000	-,5240	-,2929	
		Centro	-,12595	,04645	,053	-,2529	,0010	
		Alentejo	,85668 <sup>*</sup>	,05364	,000	,7101	1,0033	
		Algarve	,48443 <sup>*</sup>	,08262	,000	,2587	,7102	
	Alentejo	Norte	-1,26516 <sup>*</sup>	,04957	,000	-1,4006	-1,1297	
		Centro	-,98263 <sup>*</sup>	,05316	,000	-1,1279	-,8374	
		Lisboa	-,85668 <sup>*</sup>	,05364	,000	-1,0033	-,7101	
		Algarve	-,37225 <sup>*</sup>	,08657	,000	-,6088	-,1357	
	Algarve	Norte	-,89291 <sup>*</sup>	,08004	,000	-1,1116	-,6742	
		Centro	-,61038 <sup>*</sup>	,08231	,000	-,8353	-,3854	
		Lisboa	-,48443 <sup>*</sup>	,08262	,000	-,7102	-,2587	
		Alentejo	,37225 <sup>*</sup>	,08657	,000	,1357	,6088	
	EMVi	Norte	Centro	2,56484	,94980	,055	-,0307	5,1603
			Lisboa	2,12258	,96359	,179	-,5106	4,7558
			Alentejo	7,04283 <sup>*</sup>	1,12947	,000	3,9563	10,1293
			Algarve	7,81369 <sup>*</sup>	1,82371	,000	2,8301	12,7973
Centro		Norte	-2,56484	,94980	,055	-5,1603	,0307	
		Lisboa	-,44226	1,05840	,994	-3,3345	2,4500	
		Alentejo	4,47799 <sup>*</sup>	1,21137	,002	1,1677	7,7883	
		Algarve	5,24886 <sup>*</sup>	1,87554	,042	,1236	10,3741	
Lisboa		Norte	-2,12258	,96359	,179	-4,7558	,5106	
		Centro	,44226	1,05840	,994	-2,4500	3,3345	
		Alentejo	4,92025 <sup>*</sup>	1,22222	,001	1,5803	8,2602	
		Algarve	5,69112 <sup>*</sup>	1,88256	,022	,5467	10,8356	
Alentejo		Norte	-7,04283 <sup>*</sup>	1,12947	,000	-10,1293	-3,9563	
		Centro	-4,47799 <sup>*</sup>	1,21137	,002	-7,7883	-1,1677	
		Lisboa	-4,92025 <sup>*</sup>	1,22222	,001	-8,2602	-1,5803	
		Algarve	-,77087	1,97263	,995	-4,6197	6,1614	
Algarve		Norte	-7,81369 <sup>*</sup>	1,82371	,000	-12,7973	-2,8301	
		Centro	-5,24886 <sup>*</sup>	1,87554	,042	-10,3741	-,1236	
		Lisboa	-5,69112 <sup>*</sup>	1,88256	,022	-10,8356	-,5467	
		Alentejo	-,77087	1,97263	,995	-6,1614	4,6197	
EMV2050		Norte	Centro	,27070 <sup>*</sup>	,04200	,000	,1559	,3855
			Lisboa	,40460 <sup>*</sup>	,04261	,000	,2882	,5210
			Alentejo	1,27359 <sup>*</sup>	,04994	,000	1,1371	1,4101
			Algarve	,91336 <sup>*</sup>	,08064	,000	,6930	1,1337
	Centro	Norte	-,27070 <sup>*</sup>	,04200	,000	-,3855	-,1559	
		Lisboa	,13390 <sup>*</sup>	,04680	,035	,0060	,2618	
		Alentejo	1,00289 <sup>*</sup>	,05356	,000	,8565	1,1493	
		Algarve	,64266 <sup>*</sup>	,08293	,000	,4160	,8693	
	Lisboa	Norte	-,40460 <sup>*</sup>	,04261	,000	-,5210	-,2882	
		Centro	-,13390 <sup>*</sup>	,04680	,035	-,2618	-,0060	
		Alentejo	,86899 <sup>*</sup>	,05404	,000	,7213	1,0167	
		Algarve	,50876 <sup>*</sup>	,08324	,000	,2813	,7362	
	Alentejo	Norte	-1,27359 <sup>*</sup>	,04994	,000	-1,4101	-1,1371	
		Centro	-1,00289 <sup>*</sup>	,05356	,000	-1,1493	-,8565	
		Lisboa	-,86899 <sup>*</sup>	,05404	,000	-1,0167	-,7213	
		Algarve	-,36023 <sup>*</sup>	,08723	,000	-,5986	-,1219	
	Algarve	Norte	-,91336 <sup>*</sup>	,08064	,000	-1,1337	-,6930	
		Centro	-,64266 <sup>*</sup>	,08293	,000	-,8693	-,4160	
		Lisboa	-,50876 <sup>*</sup>	,08324	,000	-,7362	-,2813	
		Alentejo	,36023 <sup>*</sup>	,08723	,000	,1219	,5986	

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Distrito	(J) Distrito	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
EMV	Viana do Castelo	Braga	-.96000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.9600	-.9600
		Porto	-.32000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.3200	-.3200
		Vila Real	,61000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,6100	,6100
		Bragança	-.59000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.5900	-.5900
		Aveiro	-.50000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.5000	-.5000
		Viseu	-.72000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.7200	-.7200
		Guarda	,32000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,3200	,3200
		Coimbra	-.47000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.4700	-.4700
		Castelo Branco	,71000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,7100	,7100
		Leiria	,34000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,3400	,3400
		Santarém	,08000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,0800	,0800
		Portalegre	1,11000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,1100	1,1100
		Lisboa	-.12000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.1200	-.1200
		Setúbal	,79000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,7900	,7900
		Évora	,12000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,1200	,1200
		Beja	2,19000 <sup>+</sup>	,00000	,000	2,1900	2,1900
	Faro	,56000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,5600	,5600	
	Braga	Viana do Castelo	,96000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,9600	,9600
		Porto	,64000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,6400	,6400
		Vila Real	1,57000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,5700	1,5700
		Bragança	,37000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,3700	,3700
		Aveiro	,46000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4600	,4600
		Viseu	,24000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2400	,2400
		Guarda	1,28000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,2800	1,2800
		Coimbra	,49000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4900	,4900
		Castelo Branco	1,67000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,6700	1,6700
		Leiria	1,30000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,3000	1,3000
		Santarém	1,04000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,0400	1,0400
		Portalegre	2,07000 <sup>+</sup>	,00000	,000	2,0700	2,0700
		Lisboa	,84000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,8400	,8400
		Setúbal	1,75000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,7500	1,7500
		Évora	1,08000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,0800	1,0800
		Beja	3,15000 <sup>+</sup>	,00000	,000	3,1500	3,1500
	Faro	1,52000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,5200	1,5200	
	Porto	Viana do Castelo	,32000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,3200	,3200
		Braga	-.64000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.6400	-.6400
		Vila Real	,93000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,9300	,9300
		Bragança	-.27000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.2700	-.2700
		Aveiro	-.18000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.1800	-.1800
		Viseu	-.40000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.4000	-.4000
		Guarda	,64000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,6400	,6400
		Coimbra	-.15000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.1500	-.1500
		Castelo Branco	1,03000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,0300	1,0300
		Leiria	,66000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,6600	,6600
		Santarém	,40000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4000	,4000
		Portalegre	1,43000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,4300	1,4300
		Lisboa	,20000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2000	,2000
		Setúbal	1,11000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,1100	1,1100
		Évora	,44000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4400	,4400
		Beja	2,51000 <sup>+</sup>	,00000	,000	2,5100	2,5100
	Faro	,88000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,8800	,8800	
	Vila Real	Viana do Castelo	-.61000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.6100	-.6100
		Braga	-1,57000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,5700	-1,5700
		Porto	-.93000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.9300	-.9300
		Bragança	-1,20000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,2000	-1,2000
		Aveiro	-1,11000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,1100	-1,1100
		Viseu	-1,33000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,3300	-1,3300
		Guarda	-.29000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.2900	-.2900
		Coimbra	-1,08000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,0800	-1,0800
		Castelo Branco	,10000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,1000	,1000
		Leiria		-.27000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.2700	-.2700
		Santarém		-.53000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.5300	-.5300
		Portalegre		,50000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,5000	,5000
		Lisboa		-.73000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-.7300	-.7300

		Setúbal	,18000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,1800	,1800
		Évora	-,49000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4900	-,4900
		Beja	1,58000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,5800	1,5800
		Faro	-,05000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,0500	-,0500
	Bragança	Viana do Castelo	-,59000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,5900	-,5900
		Braga	-,37000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,3700	-,3700
		Porto	,27000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2700	,2700
		Vila Real	1,20000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,2000	1,2000
		Aveiro	,09000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,0900	,0900
		Viseu	-,13000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,1300	-,1300
		Guarda	,91000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,9100	,9100
		Coimbra	,12000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,1200	,1200
		Castelo Branco	1,30000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,3000	1,3000
		Leiria	,93000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,9300	,9300
		Santarém	,67000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,6700	,6700
		Portalegre	1,70000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,7000	1,7000
		Lisboa	,47000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4700	,4700
		Setúbal	1,38000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,3800	1,3800
		Évora	,71000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,7100	,7100
		Beja	2,78000 <sup>+</sup>	,00000	,000	2,7800	2,7800
	Faro	1,15000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,1500	1,1500	
	Aveiro	Viana do Castelo	,50000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,5000	,5000
		Braga	-,46000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4600	-,4600
		Porto	,18000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,1800	,1800
		Vila Real	1,11000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,1100	1,1100
		Bragança	-,09000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,0900	-,0900
		Viseu	-,22000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2200	-,2200
		Guarda	,82000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,8200	,8200
		Coimbra	,03000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,0300	,0300
		Castelo Branco	1,21000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,2100	1,2100
		Leiria	,84000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,8400	,8400
		Santarém	,58000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,5800	,5800
		Portalegre	1,61000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,6100	1,6100
		Lisboa	,38000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,3800	,3800
		Setúbal	1,29000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,2900	1,2900
		Évora	,62000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,6200	,6200
		Beja	2,69000 <sup>+</sup>	,00000	,000	2,6900	2,6900
	Faro	1,06000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,0600	1,0600	
	Viseu	Viana do Castelo	,72000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,7200	,7200
		Braga	-,24000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2400	-,2400
		Porto	,40000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4000	,4000
		Vila Real	1,33000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,3300	1,3300
		Bragança	,13000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,1300	,1300
		Aveiro	,22000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2200	,2200
		Guarda	1,04000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,0400	1,0400
		Coimbra	,25000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2500	,2500
		Castelo Branco	1,43000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,4300	1,4300
		Leiria	1,06000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,0600	1,0600
		Santarém	,80000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,8000	,8000
		Portalegre	1,83000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,8300	1,8300
		Lisboa	,60000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,6000	,6000
		Setúbal	1,51000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,5100	1,5100
		Évora	,84000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,8400	,8400
		Beja	2,91000 <sup>+</sup>	,00000	,000	2,9100	2,9100
	Faro	1,28000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,2800	1,2800	
	Guarda	Viana do Castelo	-,32000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,3200	-,3200
		Braga	-1,28000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,2800	-1,2800
		Porto	-,64000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,6400	-,6400
		Vila Real	,29000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2900	,2900
		Bragança	-,91000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,9100	-,9100
		Aveiro	-,82000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,8200	-,8200
		Viseu	-1,04000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,0400	-1,0400
		Coimbra	-,79000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,7900	-,7900
		Castelo Branco	,39000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,3900	,3900
		Leiria	,02000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,0200	,0200
		Santarém	-,24000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2400	-,2400
		Portalegre	,79000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,7900	,7900
		Lisboa	-,44000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4400	-,4400
		Setúbal	,47000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4700	,4700
		Évora	-,20000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2000	-,2000

		Beja	1,87000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,8700	1,8700
		Faro	,24000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2400	,2400
	Coimbra	Viana do Castelo	,47000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4700	,4700
		Braga	-,49000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4900	-,4900
		Porto	,15000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,1500	,1500
		Vila Real	1,08000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,0800	1,0800
		Bragança	-,12000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,1200	-,1200
		Aveiro	-,03000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,0300	-,0300
		Viseu	-,25000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2500	-,2500
		Guarda	,79000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,7900	,7900
		Castelo Branco	1,18000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,1800	1,1800
		Leiria	,81000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,8100	,8100
		Santarém	,55000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,5500	,5500
		Portalegre	1,58000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,5800	1,5800
		Lisboa	,35000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,3500	,3500
		Setúbal	1,26000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,2600	1,2600
		Évora	,59000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,5900	,5900
		Beja	2,66000 <sup>+</sup>	,00000	,000	2,6600	2,6600
		Faro	1,03000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,0300	1,0300
	Castelo Branco	Viana do Castelo	-,71000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,7100	-,7100
		Braga	-1,67000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,6700	-1,6700
		Porto	-1,03000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,0300	-1,0300
		Vila Real	-,10000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,1000	-,1000
		Bragança	-1,30000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,3000	-1,3000
		Aveiro	-1,21000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,2100	-1,2100
		Viseu	-1,43000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,4300	-1,4300
		Guarda	-,39000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,3900	-,3900
		Coimbra	-1,18000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,1800	-1,1800
		Leiria	-,37000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,3700	-,3700
		Santarém	-,63000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,6300	-,6300
		Portalegre	,40000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4000	,4000
		Lisboa	-,83000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,8300	-,8300
		Setúbal	,08000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,0800	,0800
		Évora	-,59000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,5900	-,5900
		Beja	1,48000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,4800	1,4800
		Faro	-,15000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,1500	-,1500
	Leiria	Viana do Castelo	-,34000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,3400	-,3400
		Braga	-1,30000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,3000	-1,3000
		Porto	-,66000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,6600	-,6600
		Vila Real	,27000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2700	,2700
		Bragança	-,93000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,9300	-,9300
		Aveiro	-,84000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,8400	-,8400
		Viseu	-1,06000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,0600	-1,0600
		Guarda	-,02000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,0200	-,0200
		Coimbra	-,81000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,8100	-,8100
		Castelo Branco	,37000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,3700	,3700
		Santarém	-,26000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2600	-,2600
		Portalegre	,77000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,7700	,7700
		Lisboa	-,46000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4600	-,4600
		Setúbal	,45000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4500	,4500
		Évora	-,22000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2200	-,2200
		Beja	1,85000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,8500	1,8500
		Faro	,22000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2200	,2200
	Santarém	Viana do Castelo	-,08000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,0800	-,0800
		Braga	-1,04000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,0400	-1,0400
		Porto	-,40000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4000	-,4000
		Vila Real	,53000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,5300	,5300
		Bragança	-,67000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,6700	-,6700
		Aveiro	-,58000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,5800	-,5800
		Viseu	-,80000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,8000	-,8000
		Guarda	,24000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2400	,2400
		Coimbra	-,55000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,5500	-,5500
		Castelo Branco	,63000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,6300	,6300
		Leiria	,26000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2600	,2600
		Portalegre	1,03000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,0300	1,0300
		Lisboa	-,20000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2000	-,2000
		Setúbal	,71000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,7100	,7100
		Évora	,04000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,0400	,0400
		Beja	2,11000 <sup>+</sup>	,00000	,000	2,1100	2,1100
		Faro	,48000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4800	,4800

Portalegre	Viana do Castelo	-1,11000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,1100	-1,1100
	Braga	-2,07000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-2,0700	-2,0700
	Porto	-1,43000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,4300	-1,4300
	Vila Real	-,50000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,5000	-,5000
	Bragança	-1,70000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,7000	-1,7000
	Aveiro	-1,61000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,6100	-1,6100
	Viseu	-1,83000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,8300	-1,8300
	Guarda	-,79000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,7900	-,7900
	Coimbra	-1,58000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,5800	-1,5800
	Castelo Branco	-,40000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4000	-,4000
	Leiria	-,77000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,7700	-,7700
	Santarém	-1,03000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,0300	-1,0300
	Lisboa	-1,23000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,2300	-1,2300
	Setúbal	-,32000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,3200	-,3200
	Évora	-,99000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,9900	-,9900
	Beja	1,08000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,0800	1,0800
	Faro	-,55000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,5500	-,5500
	Lisboa	Viana do Castelo	,12000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,1200
Braga		-,84000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,8400	-,8400
Porto		-,20000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2000	-,2000
Vila Real		,73000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,7300	,7300
Bragança		-,47000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4700	-,4700
Aveiro		-,38000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,3800	-,3800
Viseu		-,60000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,6000	-,6000
Guarda		,44000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4400	,4400
Coimbra		-,35000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,3500	-,3500
Castelo Branco		,83000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,8300	,8300
Leiria		,46000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4600	,4600
Santarém		,20000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2000	,2000
Portalegre		1,23000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,2300	1,2300
Setúbal		,91000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,9100	,9100
Évora		,24000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2400	,2400
Beja		2,31000 <sup>+</sup>	,00000	,000	2,3100	2,3100
Faro	,68000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,6800	,6800	
Setúbal	Viana do Castelo	-,79000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,7900	-,7900
	Braga	-1,75000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,7500	-1,7500
	Porto	-1,11000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,1100	-1,1100
	Vila Real	-,18000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,1800	-,1800
	Bragança	-1,38000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,3800	-1,3800
	Aveiro	-1,29000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,2900	-1,2900
	Viseu	-1,51000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,5100	-1,5100
	Guarda	-,47000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4700	-,4700
	Coimbra	-1,26000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,2600	-1,2600
	Castelo Branco	-,08000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,0800	-,0800
	Leiria	-,45000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4500	-,4500
	Santarém	-,71000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,7100	-,7100
	Portalegre	,32000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,3200	,3200
	Lisboa	-,91000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,9100	-,9100
	Évora	-,67000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,6700	-,6700
	Beja	1,40000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,4000	1,4000
Faro	-,23000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2300	-,2300	
Évora	Viana do Castelo	-,12000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,1200	-,1200
	Braga	-1,08000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,0800	-1,0800
	Porto	-,44000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4400	-,4400
	Vila Real	,49000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4900	,4900
	Bragança	-,71000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,7100	-,7100
	Aveiro	-,62000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,6200	-,6200
	Viseu	-,84000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,8400	-,8400
	Guarda	,20000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2000	,2000
	Coimbra	-,59000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,5900	-,5900
	Castelo Branco	,59000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,5900	,5900
	Leiria	,22000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2200	,2200
	Santarém	-,04000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,0400	-,0400
	Portalegre	,99000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,9900	,9900
	Lisboa	-,24000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2400	-,2400
	Setúbal	,67000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,6700	,6700
	Beja	2,07000 <sup>+</sup>	,00000	,000	2,0700	2,0700
Faro	,44000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,4400	,4400	
Beja	Viana do Castelo	-2,19000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-2,1900	-2,1900
	Braga	-3,15000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-3,1500	-3,1500

		Porto	-2,51000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-2,5100	-2,5100
		Vila Real	-1,58000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,5800	-1,5800
		Bragança	-2,78000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-2,7800	-2,7800
		Aveiro	-2,69000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-2,6900	-2,6900
		Viseu	-2,91000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-2,9100	-2,9100
		Guarda	-1,87000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,8700	-1,8700
		Coimbra	-2,66000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-2,6600	-2,6600
		Castelo Branco	-1,48000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,4800	-1,4800
		Leiria	-1,85000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,8500	-1,8500
		Santarém	-2,11000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-2,1100	-2,1100
		Portalegre	-1,08000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,0800	-1,0800
		Lisboa	-2,31000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-2,3100	-2,3100
		Setúbal	-1,40000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,4000	-1,4000
		Évora	-2,07000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-2,0700	-2,0700
		Faro	-1,63000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,6300	-1,6300
		Viana do Castelo	-,56000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,5600	-,5600
		Braga	-1,52000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,5200	-1,5200
		Porto	-,88000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,8800	-,8800
		Vila Real	,05000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,0500	,0500
		Bragança	-1,15000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,1500	-1,1500
		Aveiro	-1,06000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,0600	-1,0600
		Viseu	-1,28000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,2800	-1,2800
		Guarda	-,24000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2400	-,2400
		Coimbra	-1,03000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-1,0300	-1,0300
		Castelo Branco	,15000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,1500	,1500
		Leiria	-,22000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,2200	-,2200
		Santarém	-,48000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4800	-,4800
		Portalegre	,55000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,5500	,5500
		Lisboa	-,68000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,6800	-,6800
		Setúbal	,23000 <sup>+</sup>	,00000	,000	,2300	,2300
		Évora	-,44000 <sup>+</sup>	,00000	,000	-,4400	-,4400
		Beja	1,63000 <sup>+</sup>	,00000	,000	1,6300	1,6300
		Braga	-2,02280	2,33971	1,000	-10,2069	6,1613
		Porto	-,69772	2,14121	1,000	-8,1875	6,7921
		Vila Real	6,27157	2,47368	,504	-2,3812	14,9243
		Bragança	-3,01322	2,54958	,999	-11,9314	5,9050
		Aveiro	,59676	2,41485	1,000	-7,8502	9,0437
		Viseu	-1,55579	2,63475	1,000	-10,7720	7,6604
		Guarda	4,70677	2,74854	,964	-4,9074	14,3209
		Coimbra	-,97062	2,53741	1,000	-9,8463	7,9050
		Castelo Branco	11,38897 <sup>+</sup>	2,77135	,005	1,6950	21,0829
		Leiria	1,47314	2,51451	1,000	-7,3224	10,2687
		Santarém	10,02941 <sup>+</sup>	2,52573	,009	1,1946	18,8642
		Portalegre	8,24866	2,60377	,132	-8,591	17,3565
		Lisboa	,60331	2,10508	1,000	-6,7601	7,9667
		Setúbal	6,93329	2,33971	,220	-1,2508	15,1174
		Évora	-,57645	2,74854	1,000	-10,1906	9,0377
		Beja	15,67387 <sup>+</sup>	2,74854	,000	6,0597	25,2880
		Faro	7,98029	2,53741	,140	-,8954	16,8560
		Viana do Castelo	2,02280	2,33971	1,000	-6,1613	10,2069
		Porto	1,32508	1,58258	1,000	-4,2107	6,8608
		Vila Real	8,29437 <sup>+</sup>	2,00970	,005	1,2646	15,3241
		Bragança	-,99042	2,10241	1,000	-8,3445	6,3637
		Aveiro	2,61956	1,93683	,997	-4,1553	9,3944
		Viseu	,46701	2,20493	1,000	-7,2457	8,1797
		Guarda	6,72957	2,33971	,268	-1,4546	14,9137
		Coimbra	1,05218	2,08764	1,000	-6,2502	8,3546
		Castelo Branco	13,41177 <sup>+</sup>	2,36646	,000	5,1341	21,6895
		Leiria	3,49594	2,05974	,967	-3,7089	10,7008
		Santarém	12,05221 <sup>+</sup>	2,07343	,000	4,7995	19,3049
		Portalegre	10,27146 <sup>+</sup>	2,16782	,000	2,6886	17,8543
		Lisboa	2,62611	1,53335	,964	-2,7374	7,9897
		Setúbal	8,95609 <sup>+</sup>	1,84229	,000	2,5119	15,4003
		Évora	1,44635	2,33971	1,000	-6,7378	9,6305
		Beja	17,69667 <sup>+</sup>	2,33971	,000	9,5125	25,8808
		Faro	10,00309 <sup>+</sup>	2,08764	,000	2,7007	17,3055
		Viana do Castelo	,69772	2,14121	1,000	-6,7921	8,1875
		Braga	-1,32508	1,58258	1,000	-6,8608	4,2107
		Vila Real	6,96929 <sup>+</sup>	1,77466	,011	,7617	13,1769
		Bragança	-2,31550	1,87901	,999	-8,8881	4,2571

		Aveiro	1,29448	1,69169	1,000	-4,6229	7,2119
		Viseu	-,85807	1,99305	1,000	-7,8296	6,1135
		Guarda	5,40450	2,14121	,512	-2,0853	12,8943
		Coimbra	-,27290	1,86246	1,000	-6,7877	6,2419
		Castelo Branco	12,08669 <sup>+</sup>	2,17041	,000	4,4948	19,6786
		Leiria	2,17086	1,83114	,999	-4,2343	8,5760
		Santarém	10,72713 <sup>+</sup>	1,84652	,000	4,2681	17,1861
		Portalegre	8,94638 <sup>+</sup>	1,95191	,001	2,1187	15,7740
		Lisboa	1,30104	1,20901	1,000	-2,9280	5,5301
		Setúbal	7,63101 <sup>+</sup>	1,58258	,000	2,0953	13,1668
		Évora	,12127	2,14121	1,000	-7,3685	7,6111
		Beja	16,37159 <sup>+</sup>	2,14121	,000	8,8818	23,8614
		Faro	8,67801 <sup>+</sup>	1,86246	,001	2,1632	15,1928
	Vila Real	Viana do Castelo	-6,27157	2,47368	,504	-14,9243	2,3812
		Braga	-8,29437 <sup>+</sup>	2,00970	,005	-15,3241	-1,2646
		Porto	-6,96929 <sup>+</sup>	1,77466	,011	-13,1769	-,7617
		Bragança	-9,28479 <sup>+</sup>	2,25055	,005	-17,1571	-1,4125
		Aveiro	-5,67481	2,09670	,377	-13,0089	1,6593
		Viseu	-7,82736	2,34661	,082	-16,0356	,3809
		Guarda	-1,56479	2,47368	1,000	-10,2175	7,0880
		Coimbra	-7,24219	2,23676	,109	-15,0662	,5818
		Castelo Branco	5,11740	2,49900	,845	-3,6239	13,8587
		Leiria	-4,79843	2,21075	,773	-12,5315	2,9346
		Santarém	3,75784	2,22350	,968	-4,0198	11,5355
		Portalegre	1,97709	2,31177	1,000	-6,1093	10,0635
		Lisboa	-5,66825	1,73091	,098	-11,7228	,3863
		Setúbal	,66172	2,00970	1,000	-6,3681	7,6915
		Évora	-6,84802	2,47368	,335	-15,5008	1,8047
		Beja	9,40230 <sup>+</sup>	2,47368	,018	,7495	18,0551
	Faro	1,70872	2,23676	1,000	-6,1153	9,5327	
	Bragança	Viana do Castelo	3,01322	2,54958	,999	-5,9050	11,9314
		Braga	,99042	2,10241	1,000	-6,3637	8,3445
		Porto	2,31550	1,87901	,999	-4,2571	8,8881
		Vila Real	9,28479 <sup>+</sup>	2,25055	,005	1,4125	17,1571
		Aveiro	3,60998	2,18573	,975	-4,0355	11,2555
		Viseu	1,45743	2,42648	1,000	-7,0302	9,9451
		Guarda	7,71999	2,54958	,189	-1,1982	16,6382
		Coimbra	2,04260	2,32042	1,000	-6,0741	10,1592
		Castelo Branco	14,40219 <sup>+</sup>	2,57415	,000	5,3980	23,4064
		Leiria	4,48636	2,29535	,890	-3,5426	12,5153
		Santarém	13,04263 <sup>+</sup>	2,30764	,000	4,9707	21,1146
		Portalegre	11,26188 <sup>+</sup>	2,39281	,000	2,8920	19,6317
		Lisboa	3,61653	1,83774	,884	-2,8117	10,0448
		Setúbal	9,94650 <sup>+</sup>	2,10241	,000	2,5924	17,3006
	Évora	2,43677	2,54958	1,000	-6,4815	11,3550	
	Beja	18,68709 <sup>+</sup>	2,54958	,000	9,7689	27,6053	
	Faro	10,99350 <sup>+</sup>	2,32042	,000	2,8769	19,1102	
	Aveiro	Viana do Castelo	-,59676	2,41485	1,000	-9,0437	7,8502
		Braga	-2,61956	1,93683	,997	-9,3944	4,1553
		Porto	-1,29448	1,69169	1,000	-7,2119	4,6229
		Vila Real	5,67481	2,09670	,377	-1,6593	13,0089
		Bragança	-3,60998	2,18573	,975	-11,2555	4,0355
		Viseu	-2,15255	2,28451	1,000	-10,1436	5,8385
		Guarda	4,11002	2,41485	,966	-4,3370	12,5570
		Coimbra	-1,56738	2,17152	1,000	-9,1632	6,0284
		Castelo Branco	10,79221 <sup>+</sup>	2,44078	,001	2,2545	19,3299
		Leiria	,87638	2,14471	1,000	-6,6257	8,3784
		Santarém	9,43265 <sup>+</sup>	2,15786	,002	1,8846	16,9807
		Portalegre	7,65190	2,24871	,067	-,2139	15,5177
		Lisboa	,00656	1,64573	1,000	-5,7501	5,7632
		Setúbal	6,33653	1,93683	,099	-,4383	13,1114
	Évora	-1,17321	2,41485	1,000	-9,6202	7,2738	
	Beja	15,07711 <sup>+</sup>	2,41485	,000	6,6301	23,5241	
	Faro	7,38353	2,17152	,068	-,2123	14,9793	
	Viseu	Viana do Castelo	1,55579	2,63475	1,000	-7,6604	10,7720
		Braga	-,46701	2,20493	1,000	-8,1797	7,2457
		Porto	,85807	1,99305	1,000	-6,1135	7,8296
		Vila Real	7,82736	2,34661	,082	-,3809	16,0356
		Bragança	-1,45743	2,42648	1,000	-9,9451	7,0302
		Aveiro	2,15255	2,28451	1,000	-5,8385	10,1436

		Guarda	6,26256	2,63475	,626	-2,9536	15,4787
		Coimbra	,58517	2,41370	1,000	-7,8578	9,0281
		Castelo Branco	12,94476*	2,65854	,000	3,6454	22,2441
		Leiria	3,02893	2,38961	,999	-5,3297	11,3876
		Santarém	11,58520*	2,40141	,000	3,1852	19,9852
		Portalegre	9,80445*	2,48337	,010	1,1178	18,4911
		Lisboa	2,15910	1,95419	1,000	-4,6765	8,9947
		Setúbal	8,48908*	2,20493	,015	,7764	16,2018
		Évora	,97934	2,63475	1,000	-8,2368	10,1955
		Beja	17,22966*	2,63475	,000	8,0135	26,4458
		Faro	9,53607*	2,41370	,010	1,0931	17,9790
	Guarda	Viana do Castelo	-4,70677	2,74854	,964	-14,3209	4,9074
		Braga	-6,72957	2,33971	,268	-14,9137	1,4546
		Porto	-5,40450	2,14121	,512	-12,8943	2,0853
		Vila Real	1,56479	2,47368	1,000	-7,0880	10,2175
		Bragança	-7,71999	2,54958	,189	-16,6382	1,1982
		Aveiro	-4,11002	2,41485	,966	-12,5570	4,3370
		Viseu	-6,26256	2,63475	,626	-15,4787	2,9536
		Coimbra	-5,67740	2,53741	,728	-14,5531	3,1983
		Castelo Branco	6,68219	2,77135	,600	-3,0118	16,3762
		Leiria	-3,23363	2,51451	,998	-12,0292	5,5619
		Santarém	5,32264	2,52573	,812	-3,5122	14,1575
		Portalegre	3,54189	2,60377	,997	-5,5659	12,6497
		Lisboa	-4,10346	2,10508	,892	-11,4669	3,2600
	Setúbal	2,22651	2,33971	1,000	-5,9576	10,4106	
	Évora	-5,28323	2,74854	,903	-14,8974	4,3309	
	Beja	10,96710*	2,74854	,009	1,3529	20,5813	
	Faro	3,27351	2,53741	,998	-5,6022	12,1492	
	Coimbra	Viana do Castelo	,97062	2,53741	1,000	-7,9050	9,8463
		Braga	-1,05218	2,08764	1,000	-8,3546	6,2502
		Porto	,27290	1,86246	1,000	-6,2419	6,7877
		Vila Real	7,24219	2,23676	,109	-,5818	15,0662
		Bragança	-2,04260	2,32042	1,000	-10,1592	6,0741
		Aveiro	1,56738	2,17152	1,000	-6,0284	9,1632
		Viseu	-,58517	2,41370	1,000	-9,0281	7,8578
		Guarda	5,67740	2,53741	,728	-3,1983	14,5531
		Castelo Branco	12,35959*	2,56210	,000	3,3976	21,3216
		Leiria	2,44376	2,28183	1,000	-5,5379	10,4254
		Santarém	11,00004*	2,29419	,000	2,9751	19,0249
		Portalegre	9,21928*	2,37984	,014	,8948	17,5438
		Lisboa	1,57394	1,82082	1,000	-4,7952	7,9430
	Setúbal	7,90391*	2,08764	,019	,6015	15,2063	
	Évora	,39417	2,53741	1,000	-8,4815	9,2698	
	Beja	16,64449*	2,53741	,000	7,7688	25,5202	
	Faro	8,95091*	2,30704	,013	,8810	17,0208	
	Castelo Branco	Viana do Castelo	-11,38897*	2,77135	,005	-21,0829	-1,6950
		Braga	-13,41177*	2,36646	,000	-21,6895	-5,1341
		Porto	-12,08669*	2,17041	,000	-19,6786	-4,4948
		Vila Real	-5,11740	2,49900	,845	-13,8587	3,6239
		Bragança	-14,40219*	2,57415	,000	-23,4064	-5,3980
		Aveiro	-10,79221*	2,44078	,001	-19,3299	-2,2545
		Viseu	-12,94476*	2,65854	,000	-22,2441	-3,6454
		Guarda	-6,68219	2,77135	,600	-16,3762	3,0118
		Coimbra	-12,35959*	2,56210	,000	-21,3216	-3,3976
		Leiria	-9,91583*	2,53942	,012	-18,7985	-1,0331
		Santarém	-1,35956	2,55053	1,000	-10,2811	7,5620
		Portalegre	-3,14031	2,62784	,999	-12,3323	6,0517
		Lisboa	-10,78565*	2,13478	,000	-18,2530	-3,3184
	Setúbal	-4,45568	2,36646	,918	-12,7334	3,8220	
	Évora	-11,96542*	2,77135	,002	-21,6594	-2,2715	
	Beja	4,28490	2,77135	,987	-5,4091	13,9789	
	Faro	-3,40868	2,56210	,998	-12,3707	5,5534	
	Leiria	Viana do Castelo	-1,47314	2,51451	1,000	-10,2687	7,3224
		Braga	-3,49594	2,05974	,967	-10,7008	3,7089
		Porto	-2,17086	1,83114	,999	-8,5760	4,2343
		Vila Real	4,79843	2,21075	,773	-2,9346	12,5315
		Bragança	-4,48636	2,29535	,890	-12,5153	3,5426
		Aveiro	-,87638	2,14471	1,000	-8,3784	6,6257
		Viseu	-3,02893	2,38961	,999	-11,3876	5,3297
		Guarda	3,23363	2,51451	,998	-5,5619	12,0292

		Coimbra	-2,44376	2,28183	1,000	-10,4254	5,5379
		Castelo Branco	9,91583 <sup>+</sup>	2,53942	,012	1,0331	18,7985
		Santarém	8,55627 <sup>+</sup>	2,26883	,020	,6201	16,4925
		Portalegre	6,77552	2,35540	,268	-1,4635	15,0145
		Lisboa	-,86983	1,78876	1,000	-7,1268	5,3871
		Setúbal	5,46014	2,05974	,417	-1,7447	12,6650
		Évora	-2,04959	2,51451	1,000	-10,8452	6,7460
		Beja	14,20073 <sup>+</sup>	2,51451	,000	5,4052	22,9963
		Faro	6,50714	2,28183	,282	-1,4745	14,4888
		Viana do Castelo	-10,02941 <sup>+</sup>	2,52573	,009	-18,8642	-1,1946
		Braga	-12,05221 <sup>+</sup>	2,07343	,000	-19,3049	-4,7995
		Porto	-10,72713 <sup>+</sup>	1,84652	,000	-17,1861	-4,2681
		Vila Real	-3,75784	2,22350	,968	-11,5355	4,0198
		Bragança	-13,04263 <sup>+</sup>	2,30764	,000	-21,1146	-4,9707
		Aveiro	-9,43265 <sup>+</sup>	2,15786	,002	-16,9807	-1,8846
		Viseu	-11,58520 <sup>+</sup>	2,40141	,000	-19,9852	-3,1852
		Guarda	-5,32264	2,52573	,812	-14,1575	3,5122
		Coimbra	-11,00004 <sup>+</sup>	2,29419	,000	-19,0249	-2,9751
		Castelo Branco	1,35956	2,55053	1,000	-7,5620	10,2811
		Leiria	-8,55627 <sup>+</sup>	2,26883	,020	-16,4925	-,6201
		Portalegre	-1,78075	2,36738	1,000	-10,0617	6,5002
		Lisboa	-9,42610 <sup>+</sup>	1,80451	,000	-15,7381	-3,1141
		Setúbal	-3,09613	2,07343	,991	-10,3488	4,1566
		Évora	-10,60586 <sup>+</sup>	2,52573	,004	-19,4407	-1,7710
		Beja	5,64446	2,52573	,730	-3,1904	14,4793
		Faro	-2,04913	2,29419	1,000	-10,0740	5,9758
		Viana do Castelo	-8,24866	2,60377	,132	-17,3565	,8591
		Braga	-10,27146 <sup>+</sup>	2,16782	,000	-17,8543	-2,6886
		Porto	-8,94638 <sup>+</sup>	1,95191	,001	-15,7740	-2,1187
		Vila Real	-1,97709	2,31177	1,000	-10,0635	6,1093
		Bragança	-11,26188 <sup>+</sup>	2,39281	,000	-19,6317	-2,8920
		Aveiro	-7,65190	2,24871	,067	-15,5177	,2139
		Viseu	-9,80445 <sup>+</sup>	2,48337	,010	-18,4911	-1,1178
		Guarda	-3,54189	2,60377	,997	-12,6497	5,5659
		Coimbra	-9,21928 <sup>+</sup>	2,37984	,014	-17,5438	-,8948
		Castelo Branco	3,14031	2,62784	,999	-6,0517	12,3323
		Leiria	-6,77552	2,35540	,268	-15,0145	1,4635
		Santarém	1,78075	2,36738	1,000	-6,5002	10,0617
		Lisboa	-7,64535 <sup>+</sup>	1,91222	,009	-14,3341	-,9566
		Setúbal	-1,31537	2,16782	1,000	-8,8982	6,2675
		Évora	-8,82511	2,60377	,070	-17,9329	,2827
		Beja	7,42521	2,60377	,282	-1,6826	16,5330
		Faro	-,26837	2,37984	1,000	-8,5929	8,0561
		Viana do Castelo	-,60331	2,10508	1,000	-7,9667	6,7601
		Braga	-2,62611	1,53335	,964	-7,9897	2,7374
		Porto	-1,30104	1,20901	1,000	-5,5301	2,9280
		Vila Real	5,66825	1,73091	,098	-,3863	11,7228
		Bragança	-3,61653	1,83774	,884	-10,0448	2,8117
		Aveiro	-,00656	1,64573	1,000	-5,7632	5,7501
		Viseu	-2,15910	1,95419	1,000	-8,9947	4,6765
		Guarda	4,10346	2,10508	,892	-3,2600	11,4669
		Coimbra	-1,57394	1,82082	1,000	-7,9430	4,7952
		Castelo Branco	10,78565 <sup>+</sup>	2,13478	,000	3,3184	18,2530
		Leiria	,86983	1,78876	1,000	-5,3871	7,1268
		Santarém	9,42610 <sup>+</sup>	1,80451	,000	3,1141	15,7381
		Portalegre	7,64535 <sup>+</sup>	1,91222	,009	,9566	14,3341
		Setúbal	6,32997 <sup>+</sup>	1,53335	,005	,9664	11,6935
		Évora	-1,17977	2,10508	1,000	-8,5432	6,1837
		Beja	15,07056 <sup>+</sup>	2,10508	,000	7,7071	22,4340
		Faro	7,37697 <sup>+</sup>	1,82082	,007	1,0079	13,7461
		Viana do Castelo	-6,93329	2,33971	,220	-15,1174	1,2508
		Braga	-8,95609 <sup>+</sup>	1,84229	,000	-15,4003	-2,5119
		Porto	-7,63101 <sup>+</sup>	1,58258	,000	-13,1668	-2,0953
		Vila Real	-,66172	2,00970	1,000	-7,6915	6,3681
		Bragança	-9,94650 <sup>+</sup>	2,10241	,000	-17,3006	-2,5924
		Aveiro	-6,33653	1,93683	,099	-13,1114	,4383
		Viseu	-8,48908 <sup>+</sup>	2,20493	,015	-16,2018	-,7764
		Guarda	-2,22651	2,33971	1,000	-10,4106	5,9576
		Coimbra	-7,90391 <sup>+</sup>	2,08764	,019	-15,2063	-,6015
		Castelo Branco	4,45568	2,36646	,918	-3,8220	12,7334

		Leiria	-5,46014	2,05974	,417	-12,6650	1,7447
		Santarém	3,09613	2,07343	,991	-4,1566	10,3488
		Portalegre	1,31537	2,16782	1,000	-6,2675	8,8982
		Lisboa	-6,32997 <sup>+</sup>	1,53335	,005	-11,6935	-9,664
		Évora	-7,50974	2,33971	,118	-15,6939	,6744
		Beja	8,74058 <sup>+</sup>	2,33971	,022	,5565	16,9247
		Faro	1,04700	2,08764	1,000	-6,2554	8,3494
	Évora	Viana do Castelo	,57645	2,74854	1,000	-9,0377	10,1906
		Braga	-1,44635	2,33971	1,000	-9,6305	6,7378
		Porto	-,12127	2,14121	1,000	-7,6111	7,3685
		Vila Real	6,84802	2,47368	,335	-1,8047	15,5008
		Bragança	-2,43677	2,54958	1,000	-11,3550	6,4815
		Aveiro	1,17321	2,41485	1,000	-7,2738	9,6202
		Viseu	-,97934	2,63475	1,000	-10,1955	8,2368
		Guarda	5,28323	2,74854	,903	-4,3309	14,8974
		Coimbra	-,39417	2,53741	1,000	-9,2698	8,4815
		Castelo Branco	11,96542 <sup>+</sup>	2,77135	,002	2,2715	21,6594
		Leiria	2,04959	2,51451	1,000	-6,7460	10,8452
		Santarém	10,60586 <sup>+</sup>	2,52573	,004	1,7710	19,4407
		Portalegre	8,82511	2,60377	,070	-,2827	17,9329
		Lisboa	1,17977	2,10508	1,000	-6,1837	8,5432
		Setúbal	7,50974	2,33971	,118	-,6744	15,6939
		Beja	16,25032 <sup>+</sup>	2,74854	,000	6,6361	25,8645
	Faro	8,55674	2,53741	,074	-,3189	17,4324	
	Beja	Viana do Castelo	-15,67387 <sup>+</sup>	2,74854	,000	-25,2880	-6,0597
		Braga	-17,69667 <sup>+</sup>	2,33971	,000	-25,8808	-9,5125
		Porto	-16,37159 <sup>+</sup>	2,14121	,000	-23,8614	-8,8818
		Vila Real	-9,40230 <sup>+</sup>	2,47368	,018	-18,0551	-,7495
		Bragança	-18,68709 <sup>+</sup>	2,54958	,000	-27,6053	-9,7689
		Aveiro	-15,07711 <sup>+</sup>	2,41485	,000	-23,5241	-6,6301
		Viseu	-17,22966 <sup>+</sup>	2,63475	,000	-26,4458	-8,0135
		Guarda	-10,96710 <sup>+</sup>	2,74854	,009	-20,5813	-1,3529
		Coimbra	-16,64449 <sup>+</sup>	2,53741	,000	-25,5202	-7,7688
		Castelo Branco	-4,28490	2,77135	,987	-13,9789	5,4091
		Leiria	-14,20073 <sup>+</sup>	2,51451	,000	-22,9963	-5,4052
		Santarém	-5,64446	2,52573	,730	-14,4793	3,1904
		Portalegre	-7,42521	2,60377	,282	-16,5330	1,6826
		Lisboa	-15,07056 <sup>+</sup>	2,10508	,000	-22,4340	-7,7071
		Setúbal	-8,74058 <sup>+</sup>	2,33971	,022	-16,9247	-,5565
		Évora	-16,25032 <sup>+</sup>	2,74854	,000	-25,8645	-6,6361
	Faro	-7,69359	2,53741	,187	-16,5693	1,1821	
	Faro	Viana do Castelo	-7,98029	2,53741	,140	-16,8560	,8954
		Braga	-10,00309 <sup>+</sup>	2,08764	,000	-17,3055	-2,7007
		Porto	-8,67801 <sup>+</sup>	1,86246	,001	-15,1928	-2,1632
		Vila Real	-1,70872	2,23676	1,000	-9,5327	6,1153
		Bragança	-10,99350 <sup>+</sup>	2,32042	,000	-19,1102	-2,8769
		Aveiro	-7,38353	2,17152	,068	-14,9793	,2123
		Viseu	-9,53607 <sup>+</sup>	2,41370	,010	-17,9790	-1,0931
		Guarda	-3,27351	2,53741	,998	-12,1492	5,6022
		Coimbra	-8,95091 <sup>+</sup>	2,30704	,013	-17,0208	-,8810
		Castelo Branco	3,40868	2,56210	,998	-5,5534	12,3707
		Leiria	-6,50714	2,28183	,282	-14,4888	1,4745
		Santarém	2,04913	2,29419	1,000	-5,9758	10,0740
		Portalegre	,26837	2,37984	1,000	-8,0561	8,5929
		Lisboa	-7,37697 <sup>+</sup>	1,82082	,007	-13,7461	-1,0079
		Setúbal	-1,04700	2,08764	1,000	-8,3494	6,2554
		Évora	-8,55674	2,53741	,074	-17,4324	,3189
	Beja	7,69359	2,53741	,187	-1,1821	16,5693	
EMV2050	Viana do Castelo	Braga	-,95253 <sup>+</sup>	,01769	,000	-1,0144	-,8907
		Porto	-,35858 <sup>+</sup>	,01619	,000	-,4152	-,3019
		Vila Real	,57775 <sup>+</sup>	,01870	,000	,5123	,6432
		Bragança	-,62762 <sup>+</sup>	,01928	,000	-,6951	-,5602
		Aveiro	-,49836 <sup>+</sup>	,01826	,000	-,5622	-,4345
		Viseu	-,73956 <sup>+</sup>	,01992	,000	-,8092	-,6699
		Guarda	,27613 <sup>+</sup>	,02078	,000	,2034	,3488
		Coimbra	-,46701 <sup>+</sup>	,01918	,000	-,5341	-,3999
		Castelo Branco	,65169 <sup>+</sup>	,02095	,000	,5784	,7250
		Leiria	,27109 <sup>+</sup>	,01901	,000	,2046	,3376
		Santarém	,04247	,01910	,737	-,0243	,1093
	Portalegre	1,11141 <sup>+</sup>	,01969	,000	1,0425	1,1803	

		Lisboa	-,15327 <sup>+</sup>	,01592	,000	-,2089	-,0976
		Setúbal	,79993 <sup>+</sup>	,01769	,000	,7381	,8618
		Évora	,08710 <sup>+</sup>	,02078	,004	,0144	,1598
		Beja	2,17903 <sup>+</sup>	,02078	,000	2,1063	2,2517
		Faro	,55913 <sup>+</sup>	,01918	,000	,4920	,6262
	Braga	Viana do Castelo	,95253 <sup>+</sup>	,01769	,000	,8907	1,0144
		Porto	,59395 <sup>+</sup>	,01197	,000	,5521	,6358
		Vila Real	1,53028 <sup>+</sup>	,01519	,000	1,4771	1,5834
		Bragança	,32491 <sup>+</sup>	,01590	,000	,2693	,3805
		Aveiro	,45416 <sup>+</sup>	,01464	,000	,4029	,5054
		Viseu	,21297 <sup>+</sup>	,01667	,000	,1547	,2713
		Guarda	1,22866 <sup>+</sup>	,01769	,000	1,1668	1,2905
		Coimbra	,48552 <sup>+</sup>	,01578	,000	,4303	,5407
		Castelo Branco	1,60422 <sup>+</sup>	,01789	,000	1,5416	1,6668
		Leiria	1,22362 <sup>+</sup>	,01557	,000	1,1691	1,2781
		Santarém	,99500 <sup>+</sup>	,01568	,000	,9402	1,0498
		Portalegre	2,06394 <sup>+</sup>	,01639	,000	2,0066	2,1213
		Lisboa	,79926 <sup>+</sup>	,01159	,000	,7587	,8398
		Setúbal	1,75246 <sup>+</sup>	,01393	,000	1,7037	1,8012
		Évora	1,03963 <sup>+</sup>	,01769	,000	,9777	1,1015
		Beja	3,13156 <sup>+</sup>	,01769	,000	3,0697	3,1934
	Faro	1,51166 <sup>+</sup>	,01578	,000	1,4564	1,5669	
	Porto	Viana do Castelo	,35858 <sup>+</sup>	,01619	,000	,3019	,4152
		Braga	-,59395 <sup>+</sup>	,01197	,000	-,6358	-,5521
		Vila Real	,93633 <sup>+</sup>	,01342	,000	,8894	,9833
		Bragança	-,26905 <sup>+</sup>	,01421	,000	-,3187	-,2194
		Aveiro	-,13979 <sup>+</sup>	,01279	,000	-,1845	-,0950
		Viseu	-,38099 <sup>+</sup>	,01507	,000	-,4337	-,3283
		Guarda	,63471 <sup>+</sup>	,01619	,000	,5781	,6913
		Coimbra	-,10843 <sup>+</sup>	,01408	,000	-,1577	-,0592
		Castelo Branco	1,01026 <sup>+</sup>	,01641	,000	,9529	1,0677
		Leiria	,62967 <sup>+</sup>	,01384	,000	,5812	,6781
		Santarém	,40104 <sup>+</sup>	,01396	,000	,3522	,4499
		Portalegre	1,46998 <sup>+</sup>	,01476	,000	1,4184	1,5216
		Lisboa	,20531 <sup>+</sup>	,00914	,000	,1733	,2373
		Setúbal	1,15851 <sup>+</sup>	,01197	,000	1,1167	1,2004
	Évora	,44567 <sup>+</sup>	,01619	,000	,3890	,5023	
	Beja	2,53761 <sup>+</sup>	,01619	,000	2,4810	2,5942	
	Faro	,91770 <sup>+</sup>	,01408	,000	,8684	,9670	
	Vila Real	Viana do Castelo	-,57775 <sup>+</sup>	,01870	,000	-,6432	-,5123
		Braga	-1,53028 <sup>+</sup>	,01519	,000	-1,5834	-1,4771
		Porto	-,93633 <sup>+</sup>	,01342	,000	-,9833	-,8894
		Bragança	-1,20538 <sup>+</sup>	,01702	,000	-1,2649	-1,1459
		Aveiro	-1,07612 <sup>+</sup>	,01585	,000	-1,1316	-1,0207
		Viseu	-1,31732 <sup>+</sup>	,01774	,000	-1,3794	-1,2553
		Guarda	-,30163 <sup>+</sup>	,01870	,000	-,3670	-,2362
		Coimbra	-1,04476 <sup>+</sup>	,01691	,000	-1,1039	-,9856
		Castelo Branco	,07393 <sup>+</sup>	,01889	,012	,0078	,1400
		Leiria	-,30666 <sup>+</sup>	,01672	,000	-,3651	-,2482
		Santarém	-,53529 <sup>+</sup>	,01681	,000	-,5941	-,4765
		Portalegre	,53365 <sup>+</sup>	,01748	,000	,4725	,5948
		Lisboa	-,73103 <sup>+</sup>	,01309	,000	-,7768	-,6852
		Setúbal	,22218 <sup>+</sup>	,01519	,000	,1690	,2753
		Évora	-,49066 <sup>+</sup>	,01870	,000	-,5561	-,4252
		Beja	1,60128 <sup>+</sup>	,01870	,000	1,5359	1,6667
	Faro	-,01863 <sup>+</sup>	,01691	1,000	-,0778	,0405	
	Bragança	Viana do Castelo	,62762 <sup>+</sup>	,01928	,000	,5602	,6951
		Braga	-,32491 <sup>+</sup>	,01590	,000	-,3805	-,2693
		Porto	,26905 <sup>+</sup>	,01421	,000	,2194	,3187
		Vila Real	1,20538 <sup>+</sup>	,01702	,000	1,1459	1,2649
		Aveiro	,12926 <sup>+</sup>	,01653	,000	,0715	,1871
		Viseu	-,11194 <sup>+</sup>	,01835	,000	-,1761	-,0478
		Guarda	,90375 <sup>+</sup>	,01928	,000	,8363	,9712
		Coimbra	,16061 <sup>+</sup>	,01754	,000	,0992	,2220
		Castelo Branco	1,27931 <sup>+</sup>	,01946	,000	1,2112	1,3474
		Leiria	,89872 <sup>+</sup>	,01735	,000	,8380	,9594
		Santarém	,67009 <sup>+</sup>	,01745	,000	,6091	,7311
		Portalegre	1,73903 <sup>+</sup>	,01809	,000	1,6757	1,8023
		Lisboa	,47435 <sup>+</sup>	,01389	,000	,4257	,5230
		Setúbal	1,42756 <sup>+</sup>	,01590	,000	1,3720	1,4832

		Évora	,71472 <sup>+</sup>	,01928	,000	,6473	,7821
		Beja	2,80665 <sup>+</sup>	,01928	,000	2,7392	2,8741
		Faro	1,18675 <sup>+</sup>	,01754	,000	1,1254	1,2481
	Aveiro	Viana do Castelo	,49836 <sup>+</sup>	,01826	,000	,4345	,5622
		Braga	-,45416 <sup>+</sup>	,01464	,000	-,5054	-,4029
		Porto	,13979 <sup>+</sup>	,01279	,000	,0950	,1845
		Vila Real	1,07612 <sup>+</sup>	,01585	,000	1,0207	1,1316
		Bragança	-,12926 <sup>+</sup>	,01653	,000	-,1871	-,0715
		Viseu	-,24120 <sup>+</sup>	,01727	,000	-,3016	-,1808
		Guarda	,77449 <sup>+</sup>	,01826	,000	,7106	,8384
		Coimbra	,03136	,01642	,908	-,0261	,0888
		Castelo Branco	1,15005 <sup>+</sup>	,01845	,000	1,0855	1,2146
		Leiria	,76946 <sup>+</sup>	,01622	,000	,7127	,8262
		Santarém	,54083 <sup>+</sup>	,01632	,000	,4838	,5979
		Portalegre	1,60977 <sup>+</sup>	,01700	,000	1,5503	1,6692
		Lisboa	,34509 <sup>+</sup>	,01244	,000	,3016	,3886
		Setúbal	1,29830 <sup>+</sup>	,01464	,000	1,2471	1,3495
		Évora	,58546 <sup>+</sup>	,01826	,000	,5216	,6493
	Beja	2,67740 <sup>+</sup>	,01826	,000	2,6135	2,7413	
	Faro	1,05749 <sup>+</sup>	,01642	,000	1,0001	1,1149	
	Viseu	Viana do Castelo	,73956 <sup>+</sup>	,01992	,000	,6699	,8092
		Braga	-,21297 <sup>+</sup>	,01667	,000	-,2713	-,1547
		Porto	,38099 <sup>+</sup>	,01507	,000	,3283	,4337
		Vila Real	1,31732 <sup>+</sup>	,01774	,000	1,2553	1,3794
		Bragança	,11194 <sup>+</sup>	,01835	,000	,0478	,1761
		Aveiro	,24120 <sup>+</sup>	,01727	,000	,1808	,3016
		Guarda	1,01569 <sup>+</sup>	,01992	,000	,9460	1,0854
		Coimbra	,27256 <sup>+</sup>	,01825	,000	,2087	,3364
		Castelo Branco	1,39125 <sup>+</sup>	,02010	,000	1,3209	1,4616
		Leiria	1,01066 <sup>+</sup>	,01807	,000	,9475	1,0739
		Santarém	,78203 <sup>+</sup>	,01816	,000	,7185	,8455
		Portalegre	1,85097 <sup>+</sup>	,01878	,000	1,7853	1,9166
		Lisboa	,58629 <sup>+</sup>	,01478	,000	,5346	,6380
		Setúbal	1,53950 <sup>+</sup>	,01667	,000	1,4812	1,5978
		Évora	,82666 <sup>+</sup>	,01992	,000	,7570	,8963
	Beja	2,91860 <sup>+</sup>	,01992	,000	2,8489	2,9883	
	Faro	1,29869 <sup>+</sup>	,01825	,000	1,2349	1,3625	
	Guarda	Viana do Castelo	-,27613 <sup>+</sup>	,02078	,000	-,3488	-,2034
		Braga	-1,22866 <sup>+</sup>	,01769	,000	-1,2905	-1,1668
		Porto	-,63471 <sup>+</sup>	,01619	,000	-,6913	-,5781
		Vila Real	,30163 <sup>+</sup>	,01870	,000	,2362	,3670
		Bragança	-,90375 <sup>+</sup>	,01928	,000	-,9712	-,8363
		Aveiro	-,77449 <sup>+</sup>	,01826	,000	-,8384	-,7106
		Viseu	-1,01569 <sup>+</sup>	,01992	,000	-1,0854	-,9460
		Coimbra	-,74314 <sup>+</sup>	,01918	,000	-,8102	-,6760
		Castelo Branco	,37556 <sup>+</sup>	,02095	,000	,3023	,4489
		Leiria	-,00504	,01901	1,000	-,0715	,0615
		Santarém	-,23366 <sup>+</sup>	,01910	,000	-,3005	-,1669
		Portalegre	,83528 <sup>+</sup>	,01969	,000	,7664	,9041
		Lisboa	-,42940 <sup>+</sup>	,01592	,000	-,4851	-,3737
		Setúbal	,52381 <sup>+</sup>	,01769	,000	,4619	,5857
		Évora	-,18903 <sup>+</sup>	,02078	,000	-,2617	-,1163
	Beja	1,90290 <sup>+</sup>	,02078	,000	1,8302	1,9756	
	Faro	,28300 <sup>+</sup>	,01918	,000	,2159	,3501	
	Coimbra	Viana do Castelo	,46701 <sup>+</sup>	,01918	,000	,3999	,5341
		Braga	-,48552 <sup>+</sup>	,01578	,000	-,5407	-,4303
		Porto	,10843 <sup>+</sup>	,01408	,000	,0592	,1577
		Vila Real	1,04476 <sup>+</sup>	,01691	,000	,9856	1,1039
		Bragança	-,16061 <sup>+</sup>	,01754	,000	-,2220	-,0992
		Aveiro	-,03136	,01642	,908	-,0888	,0261
		Viseu	-,27256 <sup>+</sup>	,01825	,000	-,3364	-,2087
		Guarda	,74314 <sup>+</sup>	,01918	,000	,6760	,8102
		Castelo Branco	1,11870 <sup>+</sup>	,01937	,000	1,0509	1,1865
		Leiria	,73810 <sup>+</sup>	,01725	,000	,6778	,7985
		Santarém	,50947 <sup>+</sup>	,01735	,000	,4488	,5701
		Portalegre	1,57841 <sup>+</sup>	,01799	,000	1,5155	1,6414
		Lisboa	,31374 <sup>+</sup>	,01377	,000	,2656	,3619
		Setúbal	1,26694 <sup>+</sup>	,01578	,000	1,2117	1,3222
		Évora	,55411 <sup>+</sup>	,01918	,000	,4870	,6212
	Beja	2,64604 <sup>+</sup>	,01918	,000	2,5789	2,7131	

	Faro	1,02614 <sup>+</sup>	,01744	,000	,9651	1,0872
Castelo Branco	Viana do Castelo	-,65169 <sup>+</sup>	,02095	,000	-,7250	-,5784
	Braga	-1,60422 <sup>+</sup>	,01789	,000	-1,6668	-1,5416
	Porto	-1,01026 <sup>+</sup>	,01641	,000	-1,0677	-,9529
	Vila Real	-,07393 <sup>+</sup>	,01889	,012	-,1400	-,0078
	Bragança	-1,27931 <sup>+</sup>	,01946	,000	-1,3474	-1,2112
	Aveiro	-1,15005 <sup>+</sup>	,01845	,000	-1,2146	-1,0855
	Viseu	-1,39125 <sup>+</sup>	,02010	,000	-1,4616	-1,3209
	Guarda	-,37556 <sup>+</sup>	,02095	,000	-,4489	-,3023
	Coimbra	-1,11870 <sup>+</sup>	,01937	,000	-1,1865	-1,0509
	Leiria	-,38059 <sup>+</sup>	,01920	,000	-,4478	-,3134
	Santarém	-,60922 <sup>+</sup>	,01928	,000	-,6767	-,5418
	Portalegre	,45972 <sup>+</sup>	,01987	,000	,3902	,5292
	Lisboa	-,80496 <sup>+</sup>	,01614	,000	-,8614	-,7485
	Setúbal	,14825 <sup>+</sup>	,01789	,000	,0857	,2108
	Évora	-,56459 <sup>+</sup>	,02095	,000	-,6379	-,4913
	Beja	1,52734 <sup>+</sup>	,02095	,000	1,4541	1,6006
	Faro	-,09256 <sup>+</sup>	,01937	,000	-,1603	-,0248
Leiria	Viana do Castelo	-,27109 <sup>+</sup>	,01901	,000	-,3376	-,2046
	Braga	-1,22362 <sup>+</sup>	,01557	,000	-1,2781	-1,1691
	Porto	-,62967 <sup>+</sup>	,01384	,000	-,6781	-,5812
	Vila Real	,30666 <sup>+</sup>	,01672	,000	,2482	,3651
	Bragança	-,89872 <sup>+</sup>	,01735	,000	-,9594	-,8380
	Aveiro	-,76946 <sup>+</sup>	,01622	,000	-,8262	-,7127
	Viseu	-1,01066 <sup>+</sup>	,01807	,000	-1,0739	-,9475
	Guarda	,00504	,01901	1,000	-,0615	,0715
	Coimbra	-,73810 <sup>+</sup>	,01725	,000	-,7985	-,6778
	Castelo Branco	,38059 <sup>+</sup>	,01920	,000	,3134	,4478
	Santarém	-,22863 <sup>+</sup>	,01715	,000	-,2886	-,1686
	Portalegre	,84031 <sup>+</sup>	,01781	,000	,7780	,9026
	Lisboa	-,42436 <sup>+</sup>	,01352	,000	-,4717	-,3771
	Setúbal	,52884 <sup>+</sup>	,01557	,000	,4744	,5833
	Évora	-,18400 <sup>+</sup>	,01901	,000	-,2505	-,1175
	Beja	1,90794 <sup>+</sup>	,01901	,000	1,8414	1,9744
	Faro	,28803 <sup>+</sup>	,01725	,000	,2277	,3484
Santarém	Viana do Castelo	-,04247	,01910	,737	-,1093	,0243
	Braga	-,99500 <sup>+</sup>	,01568	,000	-1,0498	-,9402
	Porto	-,40104 <sup>+</sup>	,01396	,000	-,4499	-,3522
	Vila Real	,53529 <sup>+</sup>	,01681	,000	,4765	,5941
	Bragança	-,67009 <sup>+</sup>	,01745	,000	-,7311	-,6091
	Aveiro	-,54083 <sup>+</sup>	,01632	,000	-,5979	-,4838
	Viseu	-,78203 <sup>+</sup>	,01816	,000	-,8455	-,7185
	Guarda	,23366 <sup>+</sup>	,01910	,000	,1669	,3005
	Coimbra	-,50947 <sup>+</sup>	,01735	,000	-,5701	-,4488
	Castelo Branco	,60922 <sup>+</sup>	,01928	,000	,5418	,6767
	Leiria	,22863 <sup>+</sup>	,01715	,000	,1686	,2886
	Portalegre	1,06894 <sup>+</sup>	,01790	,000	1,0063	1,1316
	Lisboa	-,19574 <sup>+</sup>	,01364	,000	-,2435	-,1480
	Setúbal	,75747 <sup>+</sup>	,01568	,000	,7026	,8123
	Évora	,04463	,01910	,656	-,0222	,1114
	Beja	2,13657 <sup>+</sup>	,01910	,000	2,0698	2,2034
	Faro	,51666 <sup>+</sup>	,01735	,000	,4560	,5773
Portalegre	Viana do Castelo	-1,11141 <sup>+</sup>	,01969	,000	-1,1803	-1,0425
	Braga	-2,06394 <sup>+</sup>	,01639	,000	-2,1213	-2,0066
	Porto	-1,46998 <sup>+</sup>	,01476	,000	-1,5216	-1,4184
	Vila Real	-,53365 <sup>+</sup>	,01748	,000	-,5948	-,4725
	Bragança	-1,73903 <sup>+</sup>	,01809	,000	-1,8023	-1,6757
	Aveiro	-1,60977 <sup>+</sup>	,01700	,000	-1,6692	-1,5503
	Viseu	-1,85097 <sup>+</sup>	,01878	,000	-1,9166	-1,7853
	Guarda	-,83528 <sup>+</sup>	,01969	,000	-,9041	-,7664
	Coimbra	-1,57841 <sup>+</sup>	,01799	,000	-1,6414	-1,5155
	Castelo Branco	-,45972 <sup>+</sup>	,01987	,000	-,5292	-,3902
	Leiria	-,84031 <sup>+</sup>	,01781	,000	-,9026	-,7780
	Santarém	-1,06894 <sup>+</sup>	,01790	,000	-1,1316	-1,0063
	Lisboa	-1,26468 <sup>+</sup>	,01446	,000	-1,3152	-1,2141
	Setúbal	-,31147 <sup>+</sup>	,01639	,000	-,3688	-,2541
	Évora	-1,02431 <sup>+</sup>	,01969	,000	-1,0932	-,9554
	Beja	1,06763 <sup>+</sup>	,01969	,000	,9988	1,1365
	Faro	-,55228 <sup>+</sup>	,01799	,000	-,6152	-,4893
Lisboa	Viana do Castelo	,15327 <sup>+</sup>	,01592	,000	,0976	,2089

		Braga	-79926 <sup>+</sup>	,01159	,000	-8398	-7587
		Porto	-20531 <sup>+</sup>	,00914	,000	-2373	-1733
		Vila Real	,73103 <sup>+</sup>	,01309	,000	,6852	,7768
		Bragança	-47435 <sup>+</sup>	,01389	,000	-5230	-4257
		Aveiro	-34509 <sup>+</sup>	,01244	,000	-3886	-3016
		Viseu	-58629 <sup>+</sup>	,01478	,000	-6380	-5346
		Guarda	,42940 <sup>+</sup>	,01592	,000	,3737	,4851
		Coimbra	-31374 <sup>+</sup>	,01377	,000	-3619	-2656
		Castelo Branco	,80496 <sup>+</sup>	,01614	,000	,7485	,8614
		Leiria	,42436 <sup>+</sup>	,01352	,000	,3771	,4717
		Santarém	,19574 <sup>+</sup>	,01364	,000	,1480	,2435
		Portalegre	1,26468 <sup>+</sup>	,01446	,000	1,2141	1,3152
		Setúbal	,95321 <sup>+</sup>	,01159	,000	,9127	,9938
		Évora	,24037 <sup>+</sup>	,01592	,000	,1847	,2960
		Beja	2,33230 <sup>+</sup>	,01592	,000	2,2766	2,3880
		Faro	,71240 <sup>+</sup>	,01377	,000	,6642	,7606
		Viana do Castelo	-79993 <sup>+</sup>	,01769	,000	-8618	-7381
		Braga	-1,75246 <sup>+</sup>	,01393	,000	-1,8012	-1,7037
		Porto	-1,15851 <sup>+</sup>	,01197	,000	-1,2004	-1,1167
		Vila Real	-,22218 <sup>+</sup>	,01519	,000	-,2753	-,1690
		Bragança	-1,42756 <sup>+</sup>	,01590	,000	-1,4832	-1,3720
		Aveiro	-1,29830 <sup>+</sup>	,01464	,000	-1,3495	-1,2471
		Viseu	-1,53950 <sup>+</sup>	,01667	,000	-1,5978	-1,4812
		Guarda	-,52381 <sup>+</sup>	,01769	,000	-,5857	-,4619
		Coimbra	-1,26694 <sup>+</sup>	,01578	,000	-1,3222	-1,2117
		Castelo Branco	-,14825 <sup>+</sup>	,01789	,000	-,2108	-,0857
		Leiria	-,52884 <sup>+</sup>	,01557	,000	-,5833	-,4744
		Santarém	-,75747 <sup>+</sup>	,01568	,000	-,8123	-,7026
		Portalegre	,31147 <sup>+</sup>	,01639	,000	,2541	,3688
		Lisboa	-,95321 <sup>+</sup>	,01159	,000	-,9938	-,9127
		Évora	-,71284 <sup>+</sup>	,01769	,000	-,7747	-,6510
		Beja	1,37910 <sup>+</sup>	,01769	,000	1,3172	1,4410
		Faro	-,24081 <sup>+</sup>	,01578	,000	-,2960	-,1856
		Viana do Castelo	-,08710 <sup>+</sup>	,02078	,004	-,1598	-,0144
		Braga	-1,03963 <sup>+</sup>	,01769	,000	-1,1015	-,9777
		Porto	-,44567 <sup>+</sup>	,01619	,000	-,5023	-,3890
		Vila Real	,49066 <sup>+</sup>	,01870	,000	,4252	,5561
		Bragança	-,71472 <sup>+</sup>	,01928	,000	-,7821	-,6473
		Aveiro	-,58546 <sup>+</sup>	,01826	,000	-,6493	-,5216
		Viseu	-,82666 <sup>+</sup>	,01992	,000	-,8963	-,7570
		Guarda	,18903 <sup>+</sup>	,02078	,000	,1163	,2617
		Coimbra	-,55411 <sup>+</sup>	,01918	,000	-,6212	-,4870
		Castelo Branco	,56459 <sup>+</sup>	,02095	,000	,4913	,6379
		Leiria	,18400 <sup>+</sup>	,01901	,000	,1175	,2505
		Santarém	-,04463 <sup>+</sup>	,01910	,656	-,1114	,0222
		Portalegre	1,02431 <sup>+</sup>	,01969	,000	,9554	1,0932
		Lisboa	-,24037 <sup>+</sup>	,01592	,000	-,2960	-,1847
		Setúbal	,71284 <sup>+</sup>	,01769	,000	,6510	,7747
		Beja	2,09194 <sup>+</sup>	,02078	,000	2,0192	2,1646
		Faro	,47203 <sup>+</sup>	,01918	,000	,4049	,5391
		Viana do Castelo	-2,17903 <sup>+</sup>	,02078	,000	-2,2517	-2,1063
		Braga	-3,13156 <sup>+</sup>	,01769	,000	-3,1934	-3,0697
		Porto	-2,53761 <sup>+</sup>	,01619	,000	-2,5942	-2,4810
		Vila Real	-1,60128 <sup>+</sup>	,01870	,000	-1,6667	-1,5359
		Bragança	-2,80665 <sup>+</sup>	,01928	,000	-2,8741	-2,7392
		Aveiro	-2,67740 <sup>+</sup>	,01826	,000	-2,7413	-2,6135
		Viseu	-2,91860 <sup>+</sup>	,01992	,000	-2,9883	-2,8489
		Guarda	-1,90290 <sup>+</sup>	,02078	,000	-1,9756	-1,8302
		Coimbra	-2,64604 <sup>+</sup>	,01918	,000	-2,7131	-2,5789
		Castelo Branco	-1,52734 <sup>+</sup>	,02095	,000	-1,6006	-1,4541
		Leiria	-1,90794 <sup>+</sup>	,01901	,000	-1,9744	-1,8414
		Santarém	-2,13657 <sup>+</sup>	,01910	,000	-2,2034	-2,0698
		Portalegre	-1,06763 <sup>+</sup>	,01969	,000	-1,1365	-,9988
		Lisboa	-2,33230 <sup>+</sup>	,01592	,000	-2,3880	-2,2766
		Setúbal	-1,37910 <sup>+</sup>	,01769	,000	-1,4410	-1,3172
		Évora	-2,09194 <sup>+</sup>	,02078	,000	-2,1646	-2,0192
		Faro	-1,61990 <sup>+</sup>	,01918	,000	-1,6870	-1,5528
		Viana do Castelo	-,55913 <sup>+</sup>	,01918	,000	-,6262	-,4920
		Braga	-1,51166 <sup>+</sup>	,01578	,000	-1,5669	-1,4564
		Porto	-,91770 <sup>+</sup>	,01408	,000	-,9670	-,8684

	Vila Real	,01863	,01691	1,000	-,0405	,0778
	Bragança	-1,18675 <sup>*</sup>	,01754	,000	-1,2481	-1,1254
	Aveiro	-1,05749 <sup>*</sup>	,01642	,000	-1,1149	-1,0001
	Viseu	-1,29869 <sup>*</sup>	,01825	,000	-1,3625	-1,2349
	Guarda	-,28300 <sup>*</sup>	,01918	,000	-,3501	-,2159
	Coimbra	-1,02614 <sup>*</sup>	,01744	,000	-1,0872	-,9651
	Castelo Branco	,09256 <sup>*</sup>	,01937	,000	,0248	,1603
	Leiria	-,28803 <sup>*</sup>	,01725	,000	-,3484	-,2277
	Santarém	-,51666 <sup>*</sup>	,01735	,000	-,5773	-,4560
	Portalegre	,55228 <sup>*</sup>	,01799	,000	,4893	,6152
	Lisboa	-,71240 <sup>*</sup>	,01377	,000	-,7606	-,6642
	Setúbal	,24081 <sup>*</sup>	,01578	,000	,1856	,2960
	Évora	-,47203 <sup>*</sup>	,01918	,000	-,5391	-,4049
	Beja	1,61990 <sup>*</sup>	,01918	,000	1,5528	1,6870

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Efeitos  $\text{Eta}^2$  parcial**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F1 Dependent	,035
		Norte Dependent	,309

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F1 Dependent	,024
		Centro Dependent	,322

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F1 Dependent	,038
		Lisboa Dependent	,325

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F1 Dependent	,025
		Alentejo Dependent	,329

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F1 Dependent	,069
		Algarve Dependent	,239

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F2 Dependent	,008
		Norte Dependent	,246

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F2 Dependent	,022
		Centro Dependent	,229

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F2 Dependent	,004
		Lisboa Dependent	,284

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F2 Dependent	,036
		Alentejo Dependent	,273

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F2 Dependent	,011
		Algarve Dependent	,217

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F3 Dependent	,010
		Norte Dependent	,188

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F3 Dependent	,065
		Centro Dependent	,257

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F3 Dependent	,024
		Lisboa Dependent	,199

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F3 Dependent	,056
		Alentejo Dependent	,206

**Directional Measures**

			Value

Nominal by Interval	Eta	F3 Dependent	,066
		Algarve Dependent	,185

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F4 Dependent	,112
		Norte Dependent	,229

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F4 Dependent	,037
		Centro Dependent	,237

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F4 Dependent	,017
		Lisboa Dependent	,226

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F4 Dependent	,093
		Alentejo Dependent	,269

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F4 Dependent	,063
		Algarve Dependent	,199

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F5 Dependent	,039
		Norte Dependent	,118

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F5 Dependent	,021
		Centro Dependent	,150

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F5 Dependent	,016
		Lisboa Dependent	,086

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F5 Dependent	,056
		Alentejo Dependent	,143

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F5 Dependent	,008
		Algarve Dependent	,059

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F6 Dependent	,029
		Norte Dependent	,152

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F6 Dependent	,055
		Centro Dependent	,133

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F6 Dependent	,062
		Lisboa Dependent	,124

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F6 Dependent	,001
		Alentejo Dependent	,105

**Directional Measures**

			Value
Nominal by Interval	Eta	F6 Dependent	,057
		Algarve Dependent	,236