

ANA SOFIA COELHO ENCARNAÇÃO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E  
SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS DA PENÍNSULA  
IBÉRICA**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
FACULDADE DE ECONOMIA

Ano letivo 2022/23

ANA SOFIA COELHO ENCARNAÇÃO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E  
SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS DA PENÍNSULA  
IBÉRICA**

**Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde**

**Trabalho efetuado sob a orientação de:**

Professora Doutora Lara Noronha Ferreira

Professora Doutora Marta Cristina Soares Botelho



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

Ano letivo 2022/23

# **QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS DA PENÍNSULA IBÉRICA**

## **Declaração de Autoria do Trabalho**

Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Ana Sofia Coelho Encarnação

---

(assinatura)

## **Direitos de Cópia ou Copyright**

© Copyright: Ana Sofia Coelho Encarnação

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

## **DEDICATÓRIA**

Gostaria de dedicar este trabalho

Aos meus pais, Anabela e António Encarnação, e ao meu irmão, João Pedro, os pilares da minha vida, pelo apoio e amor incondicional e por me terem ensinado que, com esforço, crença e dedicação, o céu é o limite.

Ao meu eterno avô, Joaquim Coelho (*in memoriam*), por ser uma fonte constante de inspiração, por me ter dado coragem para ingressar nesta jornada que agora termina, e por sempre me ter incentivado na procura do saber.

## **AGRADECIMENTOS**

Deixo aqui o meu maior e sincero agradecimento às orientadoras:

Professora Doutora Lara Noronha Ferreira, pela paciência, compreensão e disponibilidade para responder a todas as minhas dúvidas e satisfazer a minha vontade incansável de aprender mais;

Professora Doutora Marta Cristina Soares Botelho, por se aliar e guiar-me em mais uma aventura, sempre com a sua simpatia e otimismo tão característicos.

Gostaria de agradecer também a todos os docentes e não-docentes da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, em especial aos professores e colegas do mestrado de Gestão de Unidades de Saúde com quem tive o prazer de me cruzar.

Foi um privilégio conviver e aprender com todos vós.

## RESUMO

O envelhecimento demográfico tem vindo a ganhar notoriedade na Europa, devido aos desafios que coloca sobre os sistemas de saúde. A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) e da Satisfação com a Vida (SV) são indicadores importantes para avaliar a qualidade do envelhecimento e para auxiliar a gestão em saúde. Apesar destes indicadores serem influenciados por diferentes fatores, não existem estudos que comparem as populações idosas na Península Ibérica, em termos de QVRS e SV. O presente trabalho visa determinar e comparar a QVRS e a SV da população idosa portuguesa e espanhola, assim como identificar os fatores que contribuem para a QVRS e a SV nestas duas populações. Esta investigação pretende inclusive testar a hipótese da existência de uma relação em forma de U entre a SV e a idade e entre a autoperceção de saúde e a idade.

O estudo utilizou dados relativos a 4379 participantes da 6ª vaga do projeto SHARE, que representam a população portuguesa e espanhola com pelo menos 65 anos. Para avaliar a QVRS e a SV, foram utilizadas duas variáveis referentes à autoperceção de saúde e à satisfação com a vida, para as quais foram construídos modelos de regressão ordinal.

Os resultados obtidos indicam que os idosos espanhóis reportam níveis mais altos de QVRS e SV do que os idosos portugueses. Foram também identificados os fatores que contribuem para a QVRS e SV em Portugal e Espanha, sendo que o género, a ausência de cuidados informais e os baixos níveis de depressão foram os fatores que contribuíram positivamente para a QVRS e a SV em ambos os países. O rendimento não teve qualquer influência sobre a QVRS e a SV nos dois países.

As conclusões deste estudo ajudam a identificar as áreas que permitem melhorar o bem-estar dos idosos.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Espanha, Portugal, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Satisfação com a Vida.

## **ABSTRACT**

Demographic ageing has been gaining notoriety in Europe, due to the challenges it poses to health systems. Health-Related Quality of Life (HRQoL) and Life Satisfaction (LS) are important indicators to assess the quality of aging and to help health management. Despite these indicators being influenced by different factors, there are no studies that compare the elderly populations from Iberian Peninsula, in terms of HRQoL and LS. This work aims to determine and to compare the HRQoL and LS of the Portuguese and Spanish elderly population, as well as to identify the factors that contribute to HRQoL and LS in these two populations. This investigation also intends to test the hypothesis of the existence of a U-shaped relationship between LS and age and between self-assessed health and age.

The study used data related to 4379 participants of the 6th wave of the SHARE project, who represent the Portuguese and Spanish populations aged 65 and over. To assess HRQoL and LS, two variables related to self-perception of health and life satisfaction were used, for which ordinal regression models were later constructed.

The results show that Spanish elderly report higher levels of HRQoL and LS than Portuguese elderly. The factors that contribute to HRQoL and LS in each country were also identified, with gender, absence of informal care, and low levels of depression being the factors that contributed positively to HRQoL and LS in both countries. Income had no influence on HRQoL and LS in both countries.

The conclusions of this study help to identify areas that can improve older people's well-being.

**Keywords:** Ageing, Spain, Portugal, Health-Related Quality of Life, Life Satisfaction.

# ÍNDICE GERAL

	Página
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	x
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	xi
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	xii
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2. ARTIGO: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a Vida em Idosos da Península Ibérica</b> .....	4
2.1. Introdução .....	4
2.2. Metodologia de Investigação .....	8
2.3. Resultados .....	13
2.4. Discussão .....	22
2.5. Conclusão.....	26
<b>3. CONCLUSÃO</b> .....	28
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	30
<b>APÊNDICE 1: Hipóteses Consideradas no Tratamento dos Dados</b> .....	35
<b>APÊNDICE 2: Resultados Calculados sem Pesos Amostrais</b> .....	39
<b>ANEXO A: Pedido de Acesso aos Dados do Share</b> .....	42

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 2.1. Gráfico de dispersão dos resultados das variáveis SV e QVRS.....	22

## ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 2.1. Descrição das variáveis independentes .....	11
Tabela 2.2. Análise descritiva das variáveis independentes .....	15
Tabela 2.3. Análise descritiva das variáveis dependentes .....	16
Tabela 2.4. Relações entre a variável «Grupo Etário» / «Nacionalidade» e as restantes variáveis de interesse .....	17
Tabela 2.5. Modelo de regressão ordinal para Portugal .....	19
Tabela 2.6. Modelo de regressão ordinal para Espanha .....	21

## LISTA DE ABREVIATURAS

CAPI	Computer-Assisted Personal Interviewing
DGS	Direção-Geral de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada com Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SV	Satisfação com a Vida
UE	União Europeia
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	World Health Organization

# 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, estamos perante uma sociedade com maior longevidade que, consequentemente, apresenta uma maior proporção de população idosa com tendência para crescer a um ritmo acelerado (WHO, 2020). Este envelhecimento acentuado da população afeta todos os aspetos da sociedade, entre eles a saúde, sendo expectável o aumento da necessidade de diferentes níveis de prestação de cuidados, devido às características da população idosa.

Segundo a Agenda 2030 (ONU, 2023), uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) visa “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais para todos de forma segura, eficaz, de qualidade e a preços acessíveis”. Na verdade, um indivíduo idoso com acesso a bons cuidados de saúde é capaz, não só, de usufruir de mais anos em boa saúde e bem-estar, como de participar e contribuir para a sua própria comunidade, o que num todo contribui para uma melhor qualidade de vida (QV) (WHO, 2020). No entanto, satisfazer as necessidades em saúde da população idosa constitui um desafio para a gestão em saúde (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques, 2013). O sistema de saúde português não é exceção, e vê-se perante diversos desafios que, acrescidos ao envelhecimento populacional, condicionam a sua sustentabilidade económica, tais como a prevalência de doenças crónicas, a inovação técnica e tecnológica tendencialmente mais dispendiosa e a escassez de recursos disponíveis.

Para auxiliar a tomada de decisão e a formulação de políticas públicas de saúde, alguns estudos sugerem utilizar a QV enquanto instrumento de avaliação da saúde (*e.g.*, Campos e Neto, 2008), uma vez que esta está diretamente relacionada com a promoção de saúde. Outros estudos sugerem ainda avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS), uma vez que reflete a dimensão «saúde» dentro da QV (Oberjé, Dima, van Hulzen, Prins e de Bruin, 2015; Lin, Lin e Fan, 2013), enquanto outros investigadores aconselham antes a avaliar a Satisfação com a Vida (SV), indicando como principal crítica aos instrumentos que avaliam a QVRS a sua incapacidade de capturar a QV *per se* do paciente (*e.g.*, de Albornoz e Chen, 2021; Miniszewska, Chodkiewicz, Ograczyk-Piotrowska e Zalewska-Janowska, 2020; de Vries, Emons, Plantinga, Pietersma, van den

Hout, Stiggelbout e van den Akker-van Marle, 2016; Lee, Vlaev, King, Mayer, Darzi e Dolan, 2013).

Tem havido um interesse crescente em explorar esta temática, pelo que estão disponíveis na literatura alguns trabalhos de investigação científica que exploram as várias dimensões e instrumentos de avaliação da QV, da QVRS e da SV em diferentes populações e subgrupos. Dos poucos trabalhos que exploram estes últimos dois conceitos, os estudos confirmam a existência de uma associação positiva entre o bem-estar subjetivo e a saúde (*e.g.*, Massey, Edwards e Musikanski, 2021; Garrido, Méndez e Abellán, 2013) e que ambos os indicadores são influenciados por diversos determinantes, tais como as características individuais, estilo de vida e, especialmente, fatores externos como a cultura e o ambiente (Tavares, 2022). Tal sugere que a QVRS e SV de diferentes populações com diferentes características e culturas são influenciadas por diferentes fatores (por exemplo, o rendimento económico, a existência de doenças crónicas ou de limitações físicas, *etc.*).

Em Portugal são escassos os estudos que exploram esta temática, especialmente nas faixas etárias mais idosas (*e.g.*, Tavares, 2022; Rodrigues, Mota-Pinto, de Sousa, Botelho, Alves e de Oliveira, 2014; Silva, 2014; Lima e Novo, 2006; Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). Rodrigues *et al.* (2014) verificaram que os idosos portugueses, apesar de avaliarem o seu estado de saúde como satisfatório, têm tendência a subestimar o declínio do seu estado de saúde, enquanto Tavares (2022) concluiu que os idosos portugueses têm tendência a avaliar em piores níveis a sua saúde e SV com o avançar da idade. Em contrapartida, segundo o estudo de Garrido, Méndez e Abellán (2013), os adultos espanhóis autoavaliam a sua saúde como «boa» ou «muito boa» e dizem-se «satisfeitos» ou «ligeiramente satisfeitos» com a sua vida. Tal demonstra que, ainda que sejam países vizinhos, Portugal e Espanha apresentam diferenças relativamente à QVRS e à SV.

Porque o tema se revela pertinente e porque não se tem conhecimento de que exista algum estudo científico que compare especificamente idosos portugueses e espanhóis, em termos de QVRS e SV, decidiu-se organizar a dissertação de mestrado sob o formato de um artigo científico com o intuito de o publicar numa revista científica indexada no SCOPUS.

Por este mesmo motivo, o presente trabalho apresenta uma estrutura distinta do modelo comumente utilizado na elaboração de dissertações de mestrado. O presente capítulo

introdutório é seguido pelo capítulo 2 que apresenta, em formato de artigo científico, o trabalho de investigação intitulado “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a Vida em Idosos da Península Ibérica”, sendo ele subdividido nos seguintes subcapítulos:

- **Introdução**, que inclui uma breve revisão de literatura e apresenta a problemática e os objetivos do trabalho de investigação;
- **Metodologia de investigação**, onde são descritos detalhadamente o desenho do estudo, as características da população-alvo e do projeto de onde provém a amostra utilizada no estudo, e as variáveis selecionadas. Este subcapítulo também menciona as técnicas e o instrumento de análise estatística utilizados;
- **Resultados**, onde são apresentados os resultados da análise descritiva e os resultados estimados a partir dos modelos de regressão ordinal, construídos para as variáveis de QVRS e SV;
- **Discussão**, onde os principais resultados são confrontados com os de outros estudos. Também são apresentadas as limitações sentidas aquando da realização da investigação e recomendações para investigação futura;
- **Conclusão** do artigo, onde é apresentada uma síntese dos resultados obtidos e como eles podem ser utilizados para melhorar a qualidade de envelhecimento na Península Ibérica.

O capítulo 3 da presente dissertação contém uma recapitulação sintética dos principais resultados da investigação, e é seguido pelas referências bibliográficas. Os apêndices contêm informação adicional que pode ser importante para uma melhor interpretação dos dados e resultados, mas que não foi apresentada ao longo do artigo. Em anexo pode ser consultado o pedido de acesso aos dados do SHARE e respetiva resposta.

## **2. ARTIGO: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a Vida em Idosos da Península Ibérica**

### **2.1.Introdução**

Devido à consistente diminuição das taxas de natalidade e ao aumento da esperança média de vida, tem-se verificado uma alteração da estrutura demográfica na União Europeia (UE), que provoca um duplo envelhecimento caracterizado pelo aumento acentuado da população idosa (com idade igual ou superior a 65 anos) e pela diminuição da população jovem (com idade até 14 anos) e em idade ativa (com idade entre os 15 e os 64 anos) (DGS, 2022; Eurostat, 2022). A 1 de janeiro de 2021, 20.8% dos 447.2 milhões de habitantes na UE eram idosos (mais 0.2 pontos percentuais relativamente a 2020) e as projeções indicam que essa percentagem tenderá a aumentar para 29.5% até 2050 (Eurostat, 2022; Eurostat, 2021).

As projeções demográficas para Espanha, em particular, sugerem que a percentagem de população idosa irá superar os 36% em 2050 (Silberman-Beltramella, Ayala, Rodríguez-Blázquez e Forjaz, 2022), tendo esta percentagem sido igual a 19.8% em 2021 (mais 2.7 pontos percentuais relativamente a 2011) (Eurostat, 2022). Também Portugal tem vindo a assistir a um agravamento deste fenómeno de duplo envelhecimento nos últimos dez anos, tendo sido, em 2021, o segundo estado-membro da UE com menor percentagem de população jovem (cerca de 13.4%) e apresentando um índice de envelhecimento igual a 182 no mesmo ano, ou seja, por cada 100 jovens existiam 182 idosos (DGS, 2022; Eurostat, 2022; INE, 2022). No entanto, o aumento da longevidade não se viu acompanhado de um acréscimo proporcional do número de anos de vida saudável, sendo que, entre 1995 e 2020, a esperança de vida aos 65 anos da população portuguesa masculina aumentou de 14,7 anos para 17,8 anos, ao passo que os anos de vida saudável aos 65 anos na mesma população passaram de 8,3 anos para 8,4 anos no mesmo período (Pordata, 2022).

O envelhecimento demográfico constitui assim um grande desafio para os sistemas sociais e de saúde, uma vez que se faz acompanhar por um aumento de dependência, de prevalência de doenças crónicas, morbilidade múltipla e de consequências psicossociais, tais como solidão e problemas de saúde mental (DGS, 2022; Silberman-Beltramella *et al.*, 2022). Consequentemente, o decair do estado de saúde conduz a um aumento da

necessidade de cuidados de saúde, numa maior dificuldade de resposta diferenciada e adequada, e a maiores despesas no setor da saúde (Cabral *et al.*, 2013).

A redefinição do conceito de saúde para «o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade» (WHO, 1948), juntamente com a introdução do novo paradigma de «Envelhecimento Ativo», que visa promover três pilares chave (a saúde, a participação social e a segurança) (WHO, 2002), são apenas algumas das iniciativas que surgiram para fazer face a estes desafios que advêm do envelhecimento demográfico. O objetivo passa por estimular a implementação de estratégias, políticas e programas que incentivem à preservação do estado de saúde, ao aumento da QV e à manutenção da autonomia e independência do indivíduo à medida que este envelhece (WHO, 2002).

Um indivíduo que vive durante mais tempo fica mais suscetível a um maior número de grandes mudanças, nomeadamente a nível da saúde, pelo que a QV assume um papel de destaque (Jalenques, Rondepierre, Rachez, Lauron e Guiguet-Auclair, 2020), estando diretamente relacionada com a promoção de saúde e, por isso, sendo cada vez mais utilizada enquanto instrumento de medida da saúde (Campos e Neto, 2008). A QV trata-se de um conceito dotado de subjetividade e multidimensionalidade que envolve todos aspetos da vida humana, incluindo o domínio da saúde (Jalenques *et al.*, 2020; Okuno, Costa e Belasco, 2020; Berg, Hoffmanb, Hassinga, McClearn e Johansson, 2009). A QVRS reflete exatamente a forma como os indivíduos percebem e reagem ao seu estado de saúde e a outros fatores relacionados com a saúde, tais como o bem-estar físico, funcional, emocional e mental (Lin, Lin e Fan, 2013), sendo assim o conceito-chave utilizado na investigação em saúde.

A avaliação da QVRS é particularmente útil para a gestão em saúde, uma vez que permite entender o impacto da doença na QV do indivíduo e também mensurar os ganhos em saúde de determinada intervenção ou tecnologia de saúde (Oberjé *et al.*, 2015; Campos e Neto, 2008). Esta avaliação pode ser feita utilizando instrumentos específicos para tal (*e.g.*, o *EQ-5D* e o *36-item Short Form Health Survey Instrument*) (de Albornoz e Chen, 2021; Lin, Lin e Fan, 2013), ou adotando outros métodos como a utilização da autoperceção de saúde (*self-perceived health*, *self-rated health* ou *self-assessed health*) – um indicador subjetivo de saúde que já se provou capaz de informar acerca do estado de saúde objetivo e da QV na população em geral e em diferentes subgrupos (*e.g.*,

Maniscalco, Miceli, Bono e Matranga, 2020; Szeles, 2018; Wu, Wang, Zhao, Ma, Wu, Yan e He, 2013; Yamada, Moriyama e Takahashi, 2012).

No entanto, ainda que o conceito de QVRS envolva elementos não relacionados com a saúde (como o trabalho, família, amigos, *etc.*) (Lin, Lin e Fan, 2013), a principal crítica aos instrumentos que avaliam a QVRS é a sua incapacidade de capturar a QV *per se* do paciente e apenas informarem sobre as limitações funcionais causadas pela doença, uma vez que se focam primariamente em indicadores objetivos da saúde como a funcionalidade física e mental, e não tanto em outros domínios-chave como o bem-estar social (de Albornoz e Chen, 2021; Miniszewska *et al.*, 2020; de Vries *et al.*, 2016; Lee *et al.*, 2013).

Deste modo, verificou-se ser importante também avaliar o bem-estar subjetivo, de forma a obter-se uma imagem mais completa da qualidade e efetividade dos tratamentos de saúde e, assim, otimizar a gestão dos recursos e/ou formular políticas de saúde mais apropriadas (de Albornoz e Chen, 2021).

O bem-estar subjetivo, também referido como bem-estar hedónico ou felicidade, é composto por dois componentes: o componente afetivo, que envolve afeto positivo e negativo; e o componente cognitivo, geralmente denominado de SV, que reflete a forma como o indivíduo avalia cognitivamente a sua própria vida num todo (Massey, Edwards e Musikanski, 2021; de Vries *et al.*, 2016). Contudo, alguns estudos (*e.g.*, Oberjé *et al.*, 2015; Garrido, Méndez e Abellán, 2013; Davern, Cummins e Stokes, 2007) consideram a SV o principal componente do bem-estar subjetivo por ser menos ambíguo e momentâneo do que o componente afetivo, sendo por isso comumente usada como uma medida *proxi* deste conceito.

Alguns estudos exploram a relação entre a QVRS e a SV em diferentes subgrupos e faixas etárias (*e.g.*, Olofsson, Skovdahl, Fridolfsson, Arvidsson, Börjesson, Sunnegårdh e Buratti, 2023; de Albornoz e Chen, 2021; Miniszewska *et al.*, 2020; Cubí-Mollá, de Vries e Devlin, 2014), tendo alguns confirmado a existência de uma associação positiva entre o bem-estar subjetivo e a saúde (*e.g.*, Garrido, Méndez e Abellán, 2013; Diener e Chan, 2011; Gwozdz e Sousa-Poza, 2010). No entanto, em Portugal, são escassos os estudos que exploram esta temática, especialmente nas faixas etárias mais idosas (*e.g.*, Tavares,

2022; Rodrigues *et al.*, 2014; Silva, 2014; Lima e Novo, 2006; Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

Tanto a QVRS como a SV são indicadores importantes para avaliar a qualidade do envelhecimento e ambos são influenciados por diversos determinantes, tais como as características individuais, estilo de vida e, especialmente, fatores externos como a cultura e o ambiente (Tavares, 2022). Nesta perspetiva, ainda que estudos que exploram esta temática em países vizinhos como Espanha possam obter um cenário semelhante ao que seria capturado em Portugal (*e.g.*, Garrido, Méndez e Abellán, 2013; Damian, Ruigomez, Pastor e Martin-Moreno, 1999), pressupõe-se que a população portuguesa é dotada de uma cultura única e que diferentes gerações apresentam características diferentes.

No estudo de Blanchflower (2020), Portugal destaca-se como um *outlier*, pois, ao contrário da maioria dos países europeus, não apresentava uma relação em forma de U entre a SV e a idade, ou seja, a SV tinha tendência a diminuir com o aumento da idade, fenómeno esse que contradiz o mencionado na literatura, que defende que a SV é estável ao longo da vida (podendo, em algumas instâncias, aumentar com a idade) (*e.g.*, Massey, Edwards e Musikanski, 2021; Mroczek e Kolarz, 1998). No entanto, tanto a versão mais atualizada do estudo (Blanchflower, 2021), como o estudo de Tavares (2022) sugerem que essa relação em forma de U existe quando aplicados controlos às variáveis.

Também relativamente à QVRS, Tavares (2022) ressalta que os idosos portugueses não se percecionam como saudáveis e que a QV após os 65 anos é tendencialmente menor do que a média europeia. Já o estudo de Garrido, Méndez e Abellán (2013), que utilizou uma amostra representativa da população adulta espanhola, verificou que a maioria dos participantes autoavaliava a sua saúde como «boa» ou «muito boa» e diziam-se «satisfeitos» ou «ligeiramente satisfeitos» com a sua vida, tendo também comprovado a existência de uma relação em forma de U entre a SV e a idade, ou seja, participantes mais jovens ou mais velhos reportaram maiores níveis de SV ao passo que os participantes com meia idade reportaram os níveis mais baixos de SV.

Tal indica que, ainda que sejam países vizinhos, Portugal e Espanha apresentam diferenças relativamente à QVRS e à SV das suas populações, sendo plausível sugerir que estes dois indicadores podem ser influenciados por fatores diferentes em cada país.

No entanto, não se tem conhecimento de que exista algum estudo que compare especificamente idosos portugueses e espanhóis, em termos de QVRS e SV.

### *Objetivos do estudo*

Os principais objetivos do presente estudo são: (i) determinar e comparar a QVRS e a SV das populações idosas nos países ibéricos; (ii) identificar os fatores que contribuem para a QVRS e a SV nas populações idosas portuguesa e espanhola; e (iii) testar a hipótese da existência de uma relação em forma de U entre a SV e a idade e entre a autoperceção de saúde e a idade, dando continuidade ao estudo de Tavares (2022).

## **2.2. Metodologia de Investigação**

### *Desenho do estudo e amostra*

Este estudo utilizou dados recolhidos pelo Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), um projeto longitudinal, multidisciplinar e multinacional que recolhe e disponibiliza para toda a comunidade científica dados relativos a saúde, estatuto socioeconómico, redes sociais e familiares de indivíduos com 50 anos ou mais oriundos de 28 países europeus (Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Polónia, Portugal, República Checa, Roménia, Suécia, Suíça) e de Israel (SHARE-ERIC, 2023).

A primeira vaga de recolha de dados do SHARE ocorreu em 2004 e a mais recente, a oitava vaga, teve lugar em 2020, tendo já sido inquiridos cerca de 140.000 cidadãos sobre as respetivas condições de vida (SHARE-ERIC, 2023). Existem diferenças entre países no que concerne à metodologia de amostragem, contudo, o método mais frequente é a amostragem aleatória multi-etapas estratificada (SHARE-ERIC, 2023).

Para o presente estudo, foram utilizados dados recolhidos durante a vaga 6, que teve lugar em 2015 e que reuniu informações em modo de Entrevista Pessoal Assistida por Computador (CAPI) sobre os seguintes módulos: Dados Demográficos; Redes Sociais; Família e Filhos; Saúde Física; Riscos Comportamentais; Função Cognitiva; Saúde Mental; Cuidados de Saúde; Emprego e Pensões; Força de Preensão; Teste Respiratório;

Suporte Social; Transferências Financeiras; Habitação; Rendimento do Agregado; Consumo; Bens; Atividades; Expectativas; Tecnologias de Informação e Comunicação; e Observações do Entrevistador (Börsch-Supan, 2022; Malter e Börsch-Supan, 2017; Börsch-Supan, Brandt, Hunkler, Kneip, Korbmacher, Malter, Schaan, Stuck e Zuber, 2013).

A amostra portuguesa incluiu residentes registados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) que falam português, nascidos até 1960 (para as vagas 4, 6, 7 e 8), assim como os seus cônjuges/companheiros (independentemente da idade destes últimos indivíduos) (SHARE PROJECT, 2008). Já a amostra de Espanha incluiu indivíduos com 50 ou mais anos que tenham residência regular em Espanha, e respetivos cônjuges/companheiros (desde que vivam no mesmo domicílio) (SHARE Espanha, s.d.). Uma vez que, em Portugal, se consideram pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2022) e a idade de 65 anos é comumente o ponto de partida para a investigação científica em gerontologia (e.g., Borg, Hallberg e Blomqvist, 2006; Huang e Lin, 2002; Pickering, Brunet, Roussel e Pastor, 2001; Kerse, Flicker, Jolley, Arroll e Young, 1999), a população-alvo deste estudo foram todos os indivíduos com 65 anos ou mais, residentes em Portugal ou em Espanha, que tenham participado na vaga 6 do projeto SHARE.

#### *Ética e consentimento para participar no estudo*

No que concerne a questões éticas, o projeto SHARE respeita as leis de proteção de dados e as regras de privacidade, sendo que as condições de utilização explicitam que os dados do SHARE apenas podem ser utilizados para fins estritamente científicos e nunca contêm informações que permitam identificar os seus respondentes. O projeto é igualmente submetido a uma revisão ética contínua, tendo sido revisto e aprovado pela *Ethics Committee of the University of Mannheim* (durante as vagas 1 a 4) e pela *Ethics Council of the Max Planck Society* (a partir da vaga 4) (SHARE-ERIC, 2023; SHARE PROJECT, 2008). Deste modo, e porque não houve uma recolha adicional de informação por parte deste estudo, apenas foi necessário realizar um pedido de acesso e utilização dos dados ao *SHARE Research Data Center*, que foi aceite e pode ser consultado no [anexo A](#).

#### *Variáveis*

As variáveis dependentes consideradas foram as seguintes:

(1) Autoperceção de saúde, que foi avaliada através da pergunta «Diria que a sua saúde é...?» e cujas respostas podem variar numa escala entre 1 (Fraca) e 5 (Excelente).

(2) Satisfação com a vida, que foi avaliada através da pergunta “Numa escala de 0 a 10, em que 0 significa totalmente insatisfeito(a) e 10 totalmente satisfeito(a), diga-nos em que medida está satisfeito(a) com a sua vida?».

Foi também utilizado um conjunto de variáveis explicativas, que compreende variáveis de carácter demográfico, socioeconómico, e que fornecem informações referentes a saúde e condição física, estilo de vida, e relações sociais e de suporte (Tabela 2.1).

A variável *Nível de Educação* foi obtida através da *International Standart Classification of Education* (ISCED) de 1997, uma classificação concebida pela UNESCO que permite comparar os níveis educativos nacional e internacionalmente. Esta classificação engloba 7 níveis: nível 0, que corresponde à educação pré-escolar; nível 1, que corresponde à primeira etapa do ensino básico; nível 2, que corresponde à segunda etapa do ensino básico; nível 3, que corresponde ao ensino secundário; nível 4, que corresponde ao ensino pós-secundário não superior; nível 5, que corresponde à primeira etapa do ensino superior (que não conduz diretamente a uma qualificação de investigação avançada); e nível 6, que corresponde à segunda etapa do ensino superior (que conduz a uma qualificação de investigação avançada) (UNESCO, 2006).

Quanto à variável *Escala de Depressão*, esta foi obtida através da escala EURO-D, um instrumento desenvolvido por um consórcio europeu e comumente utilizado para identificar, mensurar e comparar sintomas depressivos existentes em indivíduos idosos entre países europeus (Maskileyson, Seddig e Davidov, 2021; Prince *et al.*, 1999). A escala EURO-D é constituída por 12 domínios (humor depressivo, tendências suicidas, culpa, sono, interesse, pessimismo, apetite, fadiga, irritabilidade, concentração, apreciação e tristeza), que recebem a atribuição de 1 ou 0 pontos ao verificar-se a presença ou não, respetivamente, desse sintoma. A pontuação final resulta da soma de todos os pontos, podendo variar entre 0 e 12, sendo que valores mais altos indicam maiores níveis de sintomas depressivos e que valores iguais ou superiores a 4 indicam a presença de depressão clinicamente significativa (Castro-Costa *et al.*, 2007; Prince *et al.*, 1999).

De forma a fazer-se uma comparação entre grupos etários dentro de cada país, a variável *Idade* foi analisada em dois subgrupos: idosos (com idade entre os 65 e os 79 anos) e

idosos mais velhos (com idade igual ou superior a 80 anos). Apenas nos modelos de regressão ordinal, esta variável foi tratada como uma variável quantitativa.

Tabela 2.1. Descrição das variáveis independentes

Grupo de variáveis	Descrição
Sociodemográfico	Género Variável <i>dummy</i> , valor = 1 se o indivíduo é do sexo masculino, = 0 se for do sexo feminino.
	Idade Idade do indivíduo, subdividida em duas categorias: – Idoso, se tem idade entre os 65 e os 79 anos (valor = 0); – Idoso mais velho, se tem idade igual ou superior a 80 anos (valor = 1).
	Nacionalidade Variável <i>dummy</i> , valor = 1 se o indivíduo é português, = 0 se for espanhol
	Estado civil Estado civil do indivíduo, subdividido em cinco categorias: – Solteiro (valor = 1); – Casado ou União de Facto (valor = 2); – Casado, mas a viver separado do parceiro (valor = 3); – Divorciado (valor = 4); – Viúvo (valor = 5).
	Nível de educação Nível de escolaridade ou grau de ensino mais elevado que o indivíduo completou, segundo a ISCED, existindo as seguintes categorias: – Nenhum (valor = 0); – Ensino básico (valor = 1); – Ensino secundário (valor = 2); – Pós-secundário (valor = 3); – Ensino Superior (valor = 4); – Ainda na escola ou Outro (valor = 5).
	Rendimento Rendimento do indivíduo, resultado da soma do rendimento anual proveniente do «trabalho dependente», do «trabalho independente», da «pensão de reforma e/ou subsídio» e de «pagamentos adicionais ou extras». Os valores reportados correspondem aos valores finais depois de pagos todos os impostos.
	Área de residência Tipo de área onde o indivíduo mora, existindo as seguintes categorias: – Grande cidade (valor = 1); – Subúrbios e arredores da grande cidade (valor = 2); – Vila (valor = 3); – Área rural ou aldeia (valor = 4).
Saúde e condição física	Doenças crónicas valor = 1 se o indivíduo tem doenças crónicas, = 0 se não tem.
	Limitação em atividades no geral Limitações que o indivíduo sentiu ao realizar atividades no geral, durante os últimos seis meses, existindo as seguintes categorias: – Severamente limitado (valor = 1); – Limitado, mas não severamente (valor = 2); – Não limitado (valor = 3).
	Escala de depressão Nível de depressão, segundo a escala EURO-D, assumindo valores entre 0 e 12, onde 0 = não depressivo e 12 = extremamente depressivo. Os resultados foram também subdivididos nas seguintes categorias: – Entre 0 e 3 (valor = 0); – Entre 4 e 8 (valor = 1); – Entre 9 e 12 (valor = 2).
Estilo de vida	Hábito tabágico Já fumou valor = 1 se o indivíduo já fumou diariamente, = 0 se não. Fuma atualmente valor = 1 se o indivíduo fuma atualmente, = 0 se não.
	Prática de exercício físico Exercício Vigoroso Exercício Moderado As duas variáveis questionam sobre a frequência com que o indivíduo realiza atividades que exigem muito esforço físico (ex. desporto, trabalhos domésticos pesados, etc.) ou que requerem um nível moderado de energia (ex. jardinagem, lavar o carro, etc.), respetivamente. Em ambas as variáveis, as respostas foram subdivididas nas seguintes categorias: – Mais que 1x por semana (valor = 1); – 1x por semana (valor = 2); – 1-3x por mês (valor = 3); – Raramente ou nunca (valor = 4).
	Consumo de álcool Bebeu nos últimos 7 dias valor = 1 se o indivíduo ingeriu pelo menos uma bebida alcoólica nos últimos 7 dias, = 0 se não.
	Unidades de bebida alcoólica que consumiu Quantas unidades de bebida alcoólica o indivíduo consumiu nos últimos 7 dias. Os resultados foram também subdivididos nas seguintes categorias: – 0 unidades (valor = 0); – 1-7 unidades (valor = 1); – + de 7 unidades (valor = 2).
	Relações sociais e de suporte Recebeu ajuda domiciliar por parte de profissionais valor = 1 se o indivíduo recebeu pelo menos um tipo de ajuda profissional nos últimos 12 meses, = 0 se não. Os tipos de ajuda domiciliar incluem «ajuda em cuidados pessoais (ex. entrar e sair da cama, vestir, tomar banho ou duche)», «ajuda em tarefas domésticas (ex. limpar, passar a ferro, cozinhar)», «refeições ao domicílio (ex. refeições prontas fornecidas por uma autarquia ou um fornecedor privado)» e/ou «ajuda noutras atividades (ex. preparação das caixas de medicação)». Recebeu ajuda de pessoas fora do agregado familiar valor = 1 se o indivíduo recebeu ajuda de pessoas fora do agregado familiar nos últimos 12 meses, = 0 se não.
Dimensão do agregado familiar Número de pessoas que vivem juntamente com o indivíduo. Os resultados foram também subdivididos nas seguintes categorias:	

### *Técnicas de análise de dados*

A metodologia do estudo é semelhante à adotada no estudo de Tavares (2022), uma vez que se pretende testar a sua hipótese e comparar resultados. Assim sendo, foi realizada uma análise descritiva dos dados, sendo feitas médias e desvios-padrão nas variáveis quantitativas, e frequências (relativas e absolutas) nas variáveis qualitativas.

Relativamente à análise inferencial, a amostra foi comparada entre grupos etários e entre países e, para tal, foram aplicados testes de hipóteses paramétricos (*Teste T*) ou não paramétricos (*Mann-Whitney*) às variáveis quantitativas, quando verificada a não normalidade ou heterogeneidade nessas variáveis. Às variáveis qualitativas foram executados testes de qui-quadrado de *Pearson*. Foram também calculados coeficientes de correlação e, para tal, foi considerado um nível de significância de 5%. Para interpretação dos coeficientes de correlação foram tidas em conta as seguintes diretrizes: valores entre 0 e 0.3 (ou 0 e -0.3) são biologicamente desprezíveis; entre 0.31 e 0.5 (ou -0.31 e -0.5) são correlações fracas; entre 0.51 e 0.7 (ou -0.51 e -0.7) são moderadas; entre 0.71 e 0.9 (ou -0.71 e 0.9) são correlações fortes; e  $> 0.9$  (ou  $> -0.9$ ) são consideradas correlações muito fortes (Mukaka, 2012). As tabelas contendo as hipóteses consideradas podem ser consultadas no [apêndice 1](#).

Para identificar os fatores que contribuem para a QVRS e a SV, Tavares (2022) concluiu que a QVRS não é uma variável endógena na regressão de SV, pelo que as regressões de cada uma destas variáveis podem ser estimadas individualmente utilizando a regressão logística ordinal. Partindo deste pressuposto, assumiu-se que a QVRS não é uma variável endógena na regressão de SV também neste estudo, e estimaram-se modelos de regressão logística ordinal para as variáveis QVRS e SV, utilizando a função *logit*.

Porque a base de dados do SHARE não apresenta uma metodologia de amostragem uniforme para todos os países, os dados foram calibrados utilizando os pesos amostrais providenciados pelo projeto SHARE, que são calculados para cada indivíduo de cada país, de forma a garantir a representatividade da amostra e a reduzir o impacto de um possível viés. Os resultados calculados sem ponderações amostrais podem ser consultados no [apêndice 2](#). Todas as análises foram executadas com o programa estatístico IBM SPSS Statistics (versão 29.0).

## 2.3.Resultados

### *Análise descritiva*

Foram analisados um total de 4379 participantes, sendo a grande maioria (78.2%) pertencente à amostra de Espanha. Os resultados descritivos podem ser consultados nas tabelas 2.2 e 2.3, e os resultados dos testes de hipóteses constam na tabela 2.4.

Em Portugal, 80.4% dos inquiridos pertence ao grupo dos 65-79 anos, 52.9% são do género feminino, 74.9% são casados e, quanto ao nível de escolaridade, 80.3% tem no máximo o ensino básico. Em Espanha, as percentagens são ligeiramente diferentes, sendo que 64.6% dos participantes pertence ao grupo dos 65-79 anos, 54.2% são do género feminino, 72.5% são casados e 86.7% tem no máximo o ensino básico. Em termos de rendimento, existem diferenças significativas entre os portugueses e os espanhóis (como se pode verificar pelas tabelas 2.2 e 2.4). A população espanhola ganha mais, em média, do que a população portuguesa, sendo que esse rendimento é menor na faixa etária dos +80 anos em ambos os países. Identificam-se também diferenças entre os dois países no que concerne à área de residência, visto que a maioria da população portuguesa (56%) vive no espaço urbano (grande cidade ou subúrbios/arredores), enquanto a maioria da população espanhola (75.8%) vive em vilas, aldeias ou áreas rurais.

Em termos de saúde e condição física, em Portugal, mais de metade da amostra reporta ter doenças crónicas em ambos os grupos etários, assim como limitações nas suas atividades em geral. A variável *Limitações* ainda evidencia uma fraca correlação negativa com a variável *Idade*. Já em Espanha, a faixa etária dos +80 anos é a que reporta ter doenças crónicas e/ou limitações com mais frequência (cerca de 66%), e ambas as variáveis estão significativamente correlacionadas com a idade dos respondentes. Apesar de Portugal apresentar valores superiores na escala de depressão em relação à Espanha, apenas a média da faixa etária dos +80 anos é superior a 4, valor esse que indica a presença de depressão clinicamente significativa. Verificou-se ainda que existem diferenças significativas nos níveis de depressão entre as pessoas com 65-79 anos e as pessoas com +80 anos (em ambos os países) e entre os portugueses e os espanhóis. É, ainda, de referir que quanto maior a idade, maiores são os níveis de depressão reportados.

Quanto ao estilo de vida, as variáveis relativas ao hábito tabágico não apresentam respostas suficientes para serem consideradas no estudo. Na prática de exercício físico, a maioria dos participantes dos dois países «raramente ou nunca» realiza atividades vigorosas, sendo que a percentagem de população que deu esta resposta é ainda maior no grupo dos +80 anos. Já nas atividades que exigem um esforço moderado, verifica-se que mais de 50% dos participantes com 65-79 anos dos dois países pratica-as mais do que uma vez por semana. No entanto, essa percentagem desce acentuadamente no grupo dos +80 anos, sendo a resposta mais reportada «raramente ou nunca» neste grupo etário. Tanto o *Exercício Vigoroso* como o *Exercício Moderado* dependem da *Idade*, como se pode comprovar pela tabela 2.4. No consumo alcoólico, mais de 60% dos participantes de ambos os países não consumiram nenhuma bebida alcoólica nos últimos 7 dias, sendo a única exceção o grupo etário dos 65-79 anos em Portugal, em que 51.4% consumiu pelo menos uma bebida alcoólica. Também a variável *Unidades de bebida alcoólica que consumiu* apresentava muitos valores omissos em ambos os países. No entanto, foi possível verificar que esta variável está significativamente correlacionada com a idade dos participantes, havendo evidência estatística para afirmar que há uma diminuição do número de bebidas alcoólicas consumidas com o aumento da idade.

Em termos de relações sociais e de suporte, os participantes têm, em média, 2 pessoas por agregado familiar, e mais de 70% não recebeu ajuda profissional ou de pessoas fora do agregado nos últimos 12 meses. Nestas duas últimas variáveis verifica-se ainda que a percentagem de população que recebeu ajuda é superior no grupo dos +80 anos do que no dos 65-79 anos, nos dois países. No entanto, ambas as variáveis estão positivamente correlacionadas com a *Idade*, o que vai de encontro ao pressuposto de que há um aumento da necessidade de ajuda com o aumento da idade.

Relativamente à QVRS, em Portugal, a grande maioria dos participantes (74.6%) avaliou o seu estado de saúde como «fraco» ou «razoável», sendo que a percentagem de população que reportou valores superiores (como «bom», «muito bom» e «excelente») diminui de um grupo etário para o outro. Tal sugere que, à medida que o indivíduo envelhece, tende a reportar níveis mais baixos de QVRS. Em Espanha, apesar de na faixa dos 65-79 anos a maioria dos respondentes (58.1%) reportar valores superiores de QVRS comparativamente a Portugal, verifica-se também uma diminuição dos níveis de QVRS com o aumento da idade. Em ambos os países, a *QVRS* está correlacionada com a *Idade*.

Já em relação à SV, em ambas as amostras, a maioria dos participantes reportou valores acima da média (entre 7 e 10). No entanto, foi identificado um crescimento da percentagem de respondentes que reportam valores baixos (entre 0 e 3) de um grupo etário para o outro em ambos os países, o que sugere que com o aumento da idade se reporta uma menor SV. É também importante ressaltar que a percentagem de respondentes que reportou valores baixos (entre 0 e 3) e médios (entre 4 e 6) foi maior em Portugal do que em Espanha. Foram ainda identificadas diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com 65-79 anos e com +80 anos, e ainda entre espanhóis e portugueses.

Tabela 2.2. Análise descritiva das variáveis independentes

	Portugal			Espanha		
	65 - 79 anos (n = 813)	+ 80 anos (n = 198)	Total (n = 1011)	65 - 79 anos (n = 2343)	+ 80 anos (n = 1285)	Total (n = 3628)
<b>Sociodemográfico</b>						
Género, n (%)						
Masculino	392 (48.2%)	84 (42.4%)	476	1131 (48.3%)	530 (41.2%)	1661
Feminino	421 (51.8%)	114 (57.6%)	535	1212 (51.7%)	755 (58.8%)	1967
Estado civil, n (%)						
Solteiro	23 (2.8%)	6 (3%)	29	60 omis.	27 omis.	87 omis.
Casado/União de facto	652 (80.2%)	92 (46.5%)	744	112 (4.9%)	47 (3.7%)	159
Casado, a viver separado	13 (1.6%)	1 (0.5%)	14	1810 (79.3%)	721 (57.3%)	2531
Divorciado	31 (3.8%)	6 (3%)	37	30 (1.3%)	5 (0.4%)	35
Viúvo	94 (11.6%)	93 (47%)	187	48 (2.1%)	5 (0.4%)	53
Nível de educação, n (%)						
Nenhum	47 (5.8%)	1 omis.	1 omis.	283 (12.4%)	480 (38.2%)	763
Ensino básico (nível 1/2)	607 (74.7%)	39 (19.8%)	86	68 omis.	36 omis.	104 omis.
Ensino secundário (nível 3)	61 (7.5%)	118 (59.9%)	725	544 (23.9%)	564 (45.2%)	1108
Pós-secundário (nível 4)	9 (1.1%)	11 (5.6%)	72	1356 (59.6%)	591 (47.3%)	1947
Ensino superior (nível 5/6)	64 (7.9%)	-	9	157 (6.9%)	26 (2.1%)	183
Ainda na escola/Outro	25 (3.1%)	9 (4.6%)	34	26 (1.1%)	8 (0.6%)	34
Ainda na escola/Outro	25 (3.1%)	9 (4.6%)	34	188 (8.3%)	53 (4.2%)	241
Ainda na escola/Outro	25 (3.1%)	9 (4.6%)	34	4 (0.2%)	7 (0.6%)	11
Rendimento						
Média ± DP	183 omis. 1843,9€ ± 12751,3	52 omis. 859,3€ ± 1266,9	235 omis. 1658,6€ ± 11507,1	899 omis. 2693,2€ ± 16497,0	445 omis. 1597,9€ ± 5979,3	1344 omis. 2290,4€ ± 13617,5
Mínimo	45€	100€	45€	9€	65€	9€
Q1	328€	303€	328€	630€	600€	601€
Q2	565€	435€	517€	850€	700€	800€
Q3	900€	762,5€	900€	1300€	1000€	1200€
Máximo	302200€	7800€	302200€	600600€	140000€	600600€
Área de residência, n (%)						
Grande cidade	56 omis.	14 omis.	70 omis.	165 omis.	129 omis.	294 omis.
Subúrbios ou arredores da grande cidade	235 (31%)	73 (39.7%)	308	435 (20%)	224 (19.4%)	659
Vila	182 (24%)	37 (20.1%)	219	98 (4.5%)	49 (4.2%)	147
Área rural ou aldeia	129 (17%)	26 (14.1%)	155	1267 (58.2%)	678 (58.7%)	1945
Área rural ou aldeia	211 (27.9%)	48 (26.1%)	259	378 (17.4%)	205 (17.7%)	583
<b>Saúde e Condição Física</b>						
Doenças crónicas, n (%)						
Sim	535 (65.8%)	133 (67.2%)	668	4 omis.	3 omis.	7 omis.
Não	278 (34.2%)	65 (32.8%)	343	1159 (49.6%)	856 (66.8%)	2015
Limitações em atividades, n (%)						
Severamente limitado	206 (25.3%)	85 (42.9%)	291	3 omis.	3 omis.	6 omis.
Limitado	302 (37.1%)	79 (39.9%)	381	116 (5.0%)	236 (18.4%)	352
Não limitado	305 (37.5%)	34 (17.2%)	339	762 (32.6%)	616 (48%)	1378
Não limitado	305 (37.5%)	34 (17.2%)	339	1462 (62.5%)	430 (33.5%)	1892
Escala de depressão						
Média ± DP	88 omis. 3,5 ± 2,8	47 omis. 4,2 ± 2,7	135 omis. 3,6 ± 2,8	172 omis. 2,3 ± 2,5	326 omis. 3,6 ± 2,9	498 omis. 2,7 ± 2,7
Entre 0 e 3, n (%)	414 (57.1%)	64 (42.4%)	478	1604 (73.9%)	527 (55%)	2131
Entre 4 e 8, n (%)	269 (37.1%)	75 (49.7%)	344	506 (23.3%)	363 (37.9%)	869
Entre 9 e 12, n (%)	42 (5.8%)	12 (7.9%)	54	61 (2.8%)	69 (7.2%)	130

Estilo de Vida						
<i>Hábito tabágico</i>						
Já fumou, n (%)	734 omis.	191 omis.	925 omis.	2251 omis.	1249 omis.	3500 omis.
Sim	30 (38%)	4 (57.1%)	34	26 (28.3%)	7 (19.4%)	33
Não	49 (62%)	3 (42.9%)	52	66 (71.7%)	29 (80.6%)	95
Fuma atualmente, n (%)	783 omis.	194 omis.	977 omis.	2317 omis.	1278 omis.	3595 omis.
Sim	6 (20%)	-	6	4 (15.4%)	1 (14.3%)	5
Não	24 (80%)	4 (100%)	28	22 (84.6%)	6 (85.7%)	28
<i>Prática de exercício físico</i>						
Exercício Vigoroso, n (%)						
Mais que 1x por semana	197 (24.2%)	18 (9.1%)	215	550 (23.5%)	97 (7.6%)	647
1x por semana	69 (8.5%)	7 (3.5%)	76	255 (10.9%)	60 (4.7%)	315
1-3x por mês	43 (5.3%)	8 (4%)	51	174 (7.4%)	46 (3.6%)	220
Raramente ou nunca	504 (62%)	165 (83.3%)	669	1359 (58.1%)	1078 (84.2%)	2437
Exercício Moderado, n (%)						
Mais que 1x por semana	457 (56.2%)	69 (34.8%)	526	1597 (68.3%)	512 (39.9%)	2109
1x por semana	120 (14.8%)	12 (6.1%)	132	267 (11.4%)	137 (10.7%)	404
1-3x por mês	53 (6.5%)	13 (6.6%)	66	115 (4.9%)	80 (6.2%)	195
Raramente ou nunca	183 (22.5%)	104 (52.5%)	287	359 (15.4%)	553 (43.1%)	912
<i>Consumo de álcool</i>						
Bebeu nos últimos 7 dias, n (%)						
Sim	418 (51.4%)	69 (34.8%)	487	830 (35.5%)	233 (18.2%)	1063
Não	395 (48.6%)	129 (65.2%)	524	1508 (64.5%)	1047 (81.8%)	2555
<b>Unidades de bebida alcoólica que consumiu</b>						
Média ± DP	11,5 ± 9,9	9,2 ± 7,9	11,1 ± 9,7	8,2 ± 8,5	6,8 ± 5,4	7,9 ± 7,9
0 unidades, n (%)	4 (1%)	3 (4.3%)	7	9 (1.1%)	3 (1.3%)	12
1-7 unidades, n (%)	204 (48.9%)	40 (58%)	244	565 (68.3%)	183 (78.5%)	748
+ de 7 unidades, n (%)	209 (50.1%)	26 (37.7%)	235	253 (30.6%)	77 (20.2%)	300
<b>Relações Sociais e de Suporte</b>						
Recebeu ajuda domiciliar por parte de profissionais, n (%)						
Pelo menos um serviço profissional	6 omis.	15 omis.	21 omis.	19 omis.	51 omis.	70 omis.
Nenhum serviço profissional	57 (7.1%)	44 (24%)	101	153 (6.6%)	332 (26.9%)	485
Recebeu ajuda de outras pessoas fora do agregado familiar, n (%)						
Sim	750 (92.9%)	139 (76%)	889	2171 (93.4%)	902 (73.1%)	3073
Não	3 omis.	3 omis.	3 omis.	7 omis.	4 omis.	11 omis.
Sim	86 (10.6%)	54 (27.3%)	140	219 (9.4%)	361 (28.2%)	580
Não	724 (89.4%)	144 (72.7%)	868	2117 (90.6%)	920 (71.8%)	3037
Dimensão do agregado familiar						
Média ± DP	2,3 ± 1,1	2,1 ± 1,2	2,3 ± 1,1	2,2 ± 0,9	1,9 ± 0,9	2,1 ± 0,9
1-2 pessoas, n (%)	625 (76.9%)	152 (76.8%)	777	1816 (77.5%)	1068 (83.1%)	2884
3-4 pessoas, n (%)	146 (18%)	35 (17.7%)	181	456 (19.5%)	192 (14.9%)	648
5 ou + pessoas, n (%)	42 (5.2%)	11 (5.6%)	53	71 (3%)	25 (1.9%)	96

Tabela 2.3. Análise descritiva das variáveis dependentes

	Portugal			Espanha		
	65 - 79 anos (n = 813)	+ 80 anos (n = 198)	Total (n = 1011)	65 - 79 anos (n = 2343)	+ 80 anos (n = 1285)	Total (n = 3628)
QVRS, n (%)						
Excelente	19 (2.3%)	4 (2%)	23	3 omis.	2 omis.	5 omis.
Muito boa	24 (3%)	5 (2.5%)	29	73 (3.1%)	18 (1.4%)	91
Boa	177 (21.8%)	28 (14.1%)	205	370 (15.8%)	64 (5%)	434
Razoável	398 (49%)	86 (43.4%)	484	917 (39.2%)	344 (26.8%)	1261
Fraca	195 (24%)	75 (37.9%)	270	684 (29.2%)	467 (36.4%)	1151
Fraca	195 (24%)	75 (37.9%)	270	296 (12.6%)	390 (30.4%)	686
SV	88 omis.	41 omis.	129 omis.	163 omis.	320 omis.	483 omis.
Média ± DP	7,1 ± 2,2	7,0 ± 2,5	7,1 ± 2,3	7,7 ± 1,6	7,4 ± 1,9	7,6 ± 1,7
Entre 0 e 3, n (%)	49 (6.8%)	12 (7.6%)	61	34 (1.6%)	45 (4.7%)	79
Entre 4 e 6, n (%)	209 (28.8%)	41 (26.1%)	250	345 (15.8%)	198 (20.5%)	543
Entre 7 e 10, n (%)	467 (64.4%)	104 (66.2%)	571	1801 (82.6%)	722 (74.8%)	2523

Tabela 2.4. Relações entre a variável «Grupo Etário» / «Nacionalidade» e as restantes variáveis de interesse

	Portugal		Espanha		Península Ibérica	
	65-79 anos	+80 anos	65-79 anos	+80 anos	Portugal	Espanha
<b>Sociodemográficas</b>						
Rendimento	$p < 0.001^*$ - 0.103 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^*$ - 0.212 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^*$ - 0.294 <sup>pp</sup>	
<b>Saúde e Condição Física</b>						
Doenças Crónicas	$p < 0.001^{**}$ 0.017 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.165 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.045 <sup>pp</sup>	
Limitação em Atividades, no geral	$p < 0.001^{**}$ - 0.356 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ - 0.299 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ - 0.191 <sup>pp</sup>	
Escala de Depressão	$p < 0.001^*$ 0.216 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^*$ 0.214 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^*$ 0.138 <sup>pp</sup>	
<b>Estilo de Vida</b>						
Prática de Exercício Físico						
Exercício Vigoroso	$p < 0.001^{**}$ 0.194 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.261 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.019 <sup>pp</sup>	
Exercício Moderado	$p < 0.001^{**}$ 0.358 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.316 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.096 <sup>pp</sup>	
Consumo de Álcool						
Bebeu nos últimos 7 dias	$p < 0.001^{**}$ - 0.165 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ - 0.163 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.098 <sup>pp</sup>	
Unidades de álcool que consumiu	$p < 0.001^*$ - 0.114 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^*$ - 0.024 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^*$ 0.295 <sup>pp</sup>	
<b>Relações Sociais e de Suporte</b>						
Recebeu Ajuda Domiciliar por parte de Profissionais	$p < 0.001^{**}$ 0.357 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.305 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ - 0.007 <sup>pp</sup>	
Recebeu Ajuda de Pessoas Fora do Agregado Familiar	$p < 0.001^{**}$ 0.246 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.261 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ - 0.036 <sup>pp</sup>	
<b>Dependentes</b>						
SV	$p < 0.001^*$ - 0.051 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^*$ - 0.090 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^*$ - 0.043 <sup>pp</sup>	
QVRS	$p < 0.001^{**}$ - 0.264 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ - 0.277 <sup>pp</sup>		$p < 0.001^{**}$ - 0.181 <sup>pp</sup>	

\* teste de Mann-Whitney U \*\*teste de Qui<sup>2</sup> de Person

<sup>o</sup> Coeficiente de Phi com significância no nível 0.05 <sup>pp</sup> com significância no nível no nível 0.01

<sup>o</sup> Coeficiente de Correlação de Spearman com significância no nível 0.05 <sup>pp</sup> com significância no nível no nível 0.01

### Resultados estimados

As variáveis relativas ao hábito tabágico e a variável *Unidades de bebida alcoólica que consumiu* foram excluídas dos modelos de regressão, pois mais de metade dos participantes não responderam a estas variáveis. Os resultados estimados através dos modelos de regressão ordinal podem ser consultados nas tabelas 2.5 e 2.6.

Em relação a Portugal, quando são considerados os pesos amostrais, todas as variáveis explicativas têm significância sobre as variáveis QVRS e SV.

Pessoas do género feminino ou que vivem em zonas mais urbanas apresentam maior probabilidade de reportar níveis mais altos de QVRS e de SV do que as pessoas do género masculino ou que habitam em áreas rurais ou aldeias. Também se verifica que, com o aumento da idade, aumenta a probabilidade de se reportar níveis mais altos de QVRS e de SV. Somente os indivíduos divorciados reportam pior SV do que os indivíduos viúvos, enquanto qualquer indivíduo reporta pior QVRS face aos indivíduos viúvos. Os idosos

com maiores níveis de escolaridade apresentam maior probabilidade de reportar níveis mais altos de QVRS comparativamente aos idosos que ainda estudam, ainda que esse aumento de probabilidades não seja linear. No entanto, apenas os idosos com escolaridade até ao «ensino secundário» apresentam maior probabilidade de reportar melhor SV.

Em termos de saúde, indivíduos que apresentam doenças crónicas, limitações severas nas atividades ou níveis mais altos de depressão também apresentam maior probabilidade de reportar piores níveis de QVRS e de SV. De salientar que os indivíduos com limitações não severas reportam piores níveis de QVRS, mas melhores níveis de SV face aos indivíduos sem qualquer limitação nas suas atividades.

No que diz respeito ao estilo de vida, quem pratica exercício vigoroso tem maior probabilidade de reportar níveis mais altos de QVRS em relação àqueles que «raramente ou nunca» praticam, no entanto, apenas aqueles que praticam «mais que 1x por semana» reportam melhor SV. Já quem pratica exercício físico moderado e quem consumiu pelo menos uma bebida alcoólica nos últimos 7 dias tem maior probabilidade de reportar níveis mais altos de QVRS e SV, em relação àqueles que «raramente ou nunca» praticam ou que não beberam álcool.

Em termos de relações sociais e de suporte, os indivíduos que receberam ajuda (por parte de profissionais ou de pessoas fora do agregado familiar) nos últimos 12 meses apresentam maior probabilidade de reportar níveis mais baixos de QVRS e de SV, em relação aos indivíduos que não receberam qualquer tipo de ajuda. Também se verifica que, quanto maior o número de pessoas no agregado familiar, maior a probabilidade de o indivíduo idoso reportar níveis mais baixos de QVRS e de SV.

Tabela 2.5. Modelo de regressão ordinal para Portugal

Portugal		QVRS		SV	
		Odds Ratio	p-value	Odds Ratio	p-value
<b>Sociodemográficas</b>					
Gênero	Feminino	1.251	< 0.001	2.054	< 0.001
	Masculino	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Idade		1.011	< 0.001	1.077	< 0.001
Estado Civil	Solteiro	0.717	< 0.001	6.103	< 0.001
	Casado/União de facto	0.515	< 0.001	1.897	< 0.001
	Casado, a viver separado	0.304	< 0.001	2.376	< 0.001
	Divorciado	0.939	< 0.001	0.935	< 0.001
	Viúvo	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Nível de Educação	Nenhum	0.271	< 0.001	3.365	< 0.001
	Ensino básico	0.612	< 0.001	1.043	< 0.001
	Ensino secundário	1.806	< 0.001	2.540	< 0.001
	Pós-secundário	4.869	< 0.001	0.439	< 0.001
	Ensino superior	1.043	< 0.001	0.761	< 0.001
	Ainda na escola/Outro	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Rendimento		1.000	< 0.001	1.000	< 0.001
Área de Residência	Grande cidade	2.534	< 0.001	1.256	< 0.001
	Subúrbios ou arredores	2.457	< 0.001	1.071	< 0.001
	Vila	2.252	< 0.001	1.265	< 0.001
	Área rural ou aldeia	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
<b>Saúde e Condição Física</b>					
Doenças Crônicas	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	2.091	< 0.001	1.873	< 0.001
Limitação em Atividades, no geral	Severamente limitado	0.061	< 0.001	0.908	< 0.001
	Limitado	0.254	< 0.001	1.034	< 0.001
	Não limitado	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Escala de Depressão		0.815	< 0.001	0.704	< 0.001
<b>Estilo de Vida</b>					
<i>Prática de Exercício Físico</i>					
Exercício Vigoroso	Mais que 1x por semana	4.312	< 0.001	1.945	< 0.001
	1x por semana	1.414	< 0.001	0.530	< 0.001
	1-3x por mês	1.197	< 0.001	0.635	< 0.001
	Raramente ou nunca	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Exercício Moderado	Mais que 1x por semana	1.020	< 0.001	1.819	< 0.001
	1x por semana	1.495	< 0.001	1.856	< 0.001
	1-3x por mês	1.560	< 0.001	1.870	< 0.001
	Raramente ou nunca	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
<i>Consumo de Alcool</i>					
Bebeu nos últimos 7 dias	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	0.605	< 0.001	0.794	< 0.001
<b>Relações Sociais e de Suporte</b>					
Recebeu Ajuda Domiciliar por parte de Profissionais	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	1.101	< 0.001	2.358	< 0.001
Recebeu Ajuda de Pessoas Fora do Agregado Familiar	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	1.198	< 0.001	1.259	< 0.001
Dimensão do Agregado Familiar		0.900	< 0.001	0.952	< 0.001
Nº casos processados (%)		1293959 (58.1%)		1257059 (56.4%)	
Chi <sup>2</sup> de razão de Verossimilhança		909113.207		604431.229	
Pseudo R <sup>2</sup> (Nakagelkerke)		0.560		0.390	

Em Espanha, também todas as variáveis explicativas têm significância sobre a QVRS e a SV.

Pessoas do género feminino apresentam maior probabilidade de reportar níveis mais altos de QVRS e de SV do que os indivíduos do género masculino. Contrariamente ao que acontece em Portugal, com o aumento da idade, aumenta a probabilidade de se reportar níveis mais baixos de QVRS e de SV. Tal como se verifica em Portugal, quanto maior o nível de escolaridade, maior a probabilidade de o indivíduo reportar uma melhor QVRS, ainda que esse aumento não seja linear. No entanto, qualquer nível de escolaridade apresenta maior probabilidade de reportar níveis mais baixos de SV, comparativamente aos indivíduos que ainda estudam. As pessoas casadas e a viver com o cônjuge tendem a

reportar melhor SV, quando em comparação com os indivíduos viúvos, mas, em relação à QVRS, são os solteiros quem reportam melhor QVRS. Já quem habita em vilas tende a reportar piores níveis de QVRS e de SV do que aqueles vivem numa zona rural ou numa aldeia.

Em termos de saúde, os indivíduos espanhóis que apresentam doenças crónicas, limitações nas atividades (severas ou não severas) ou níveis mais altos de depressão também apresentam maior probabilidade de reportar pior QVRS. Contudo, em oposição ao que se sucede em Portugal, os indivíduos que não possuem doenças crónicas apresentam maior probabilidade de reportar pior SV em relação àqueles que apresentam doenças crónicas, enquanto os indivíduos sem limitações nas atividades ou níveis mais baixos de depressão apresentam maior probabilidade de reportar níveis mais altos de SV.

No que diz respeito ao estilo de vida, tal como se sucede em Portugal, quem pratica exercício vigoroso tem maior probabilidade de reportar níveis mais altos de QVRS em relação àqueles que «raramente ou nunca» praticam. No entanto, apenas aqueles que o praticam «mais que 1x por semana» reportam melhor SV. Já quem pratica exercício moderado uma vez ou mais por semana tende a reportar níveis mais altos de QVRS, mas pior SV, comparativamente àqueles que «raramente ou nunca» praticam. Também quem consumiu álcool tem maior probabilidade de reportar melhor QVRS, mas pior SV.

Por fim, em termos de relações sociais e de suporte, os indivíduos que receberam ajuda por parte de pessoas fora do agregado familiar nos últimos 12 meses apresentam maior probabilidade de reportar níveis mais baixos de QVRS e SV, em relação aos indivíduos que não receberam algum tipo de ajuda. No entanto, aqueles que receberam ajuda por parte de profissionais tendem a reportar melhor QVRS e pior SV. Em oposição ao que se verifica em Portugal, quanto maior o número de pessoas no agregado familiar, maior a probabilidade de reportar níveis mais altos de QVRS e de SV.

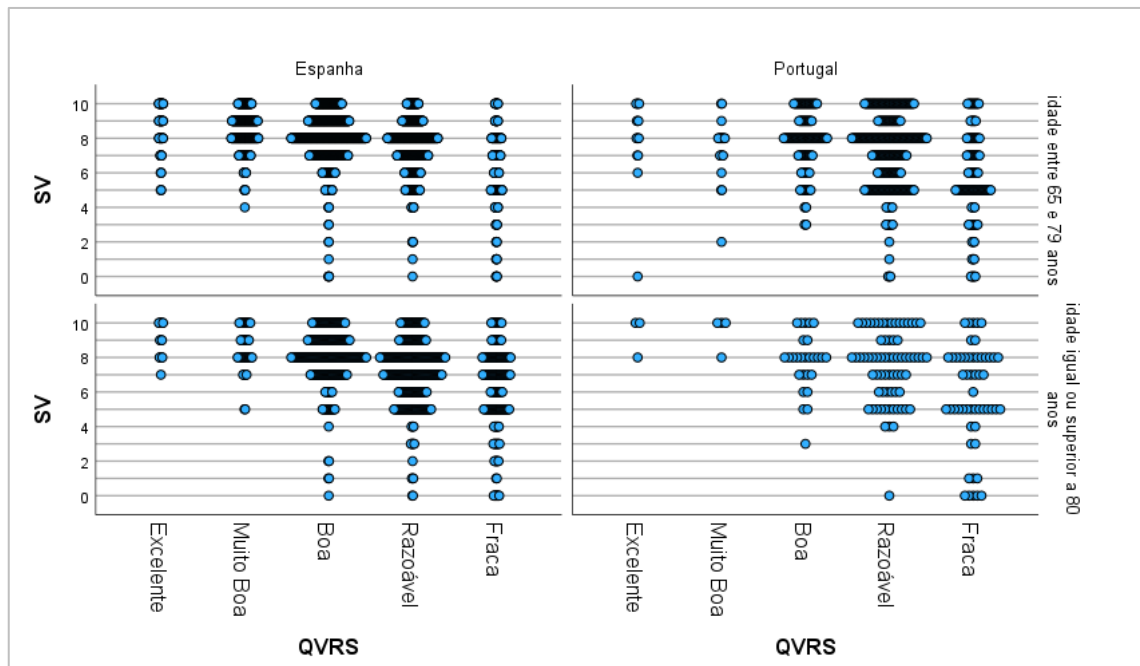
A variável *Rendimento* é significativa, mas não aparenta ter qualquer influência, tanto sobre a QVRS como sobre a SV, em ambos os países.

Tabela 2.6. Modelo de regressão ordinal para Espanha

Espanha		QVRS		SV	
		Odds Ratio	p-value	Odds Ratio	p-value
<b>Sociodemográficas</b>					
Género	Feminino	1.099	< 0.001	1.623	< 0.001
	Masculino	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Idade		0.996	< 0.001	0.998	< 0.001
Estado Civil	Solteiro	1.214	< 0.001	0.840	< 0.001
	Casado/União de facto	0.955	< 0.001	1.041	< 0.001
	Casado, a viver separado	0.296	< 0.001	0.275	< 0.001
	Divorciado	0.530	< 0.001	0.300	< 0.001
	Viúvo	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Nível de Educação	Nenhum	1.089	< 0.001	0.248	< 0.001
	Ensino básico	1.163	< 0.001	0.239	< 0.001
	Ensino secundário	1.952	< 0.001	0.283	< 0.001
	Pós-secundário	1.675	< 0.001	0.166	< 0.001
	Ensino superior	1.512	< 0.001	0.307	< 0.001
	Ainda na escola/Outro	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Rendimento		1.000	< 0.001	1.000	0.029
Área de Residência	Grande cidade	1.147	< 0.001	0.764	< 0.001
	Subúrbios ou arredores	1.081	< 0.001	0.983	< 0.001
	Vila	0.977	< 0.001	0.971	< 0.001
	Área rural ou aldeia	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
<b>Saúde e Condição Física</b>					
Doenças Crónicas	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	2.877	< 0.001	0.950	< 0.001
Limitação em Atividades, no geral	Severamente limitado	0.031	< 0.001	0.527	< 0.001
	Limitado	0.206	< 0.001	0.895	< 0.001
	Não limitado	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Escala de Depressão		0.776	< 0.001	0.698	< 0.001
<b>Estilo de Vida</b>					
<i>Prática de Exercício Físico</i>					
Exercício Vigoroso	Mais que 1x por semana	2.474	< 0.001	1.145	< 0.001
	1x por semana	1.942	< 0.001	0.719	< 0.001
	1-3x por mês	1.721	< 0.001	0.694	< 0.001
	Raramente ou nunca	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Exercício Moderado	Mais que 1x por semana	1.371	< 0.001	0.926	< 0.001
	1x por semana	1.269	< 0.001	0.594	< 0.001
	1-3x por mês	0.954	< 0.001	0.543	< 0.001
	Raramente ou nunca	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
<i>Consumo de Alcool</i>					
Bebeu nos últimos 7 dias	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	0.723	< 0.001	1.060	< 0.001
<b>Relações Sociais e de Suporte</b>					
Recebeu Ajuda Domiciliar por parte de Profissionais	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	0.823	< 0.001	1.419	< 0.001
Recebeu Ajuda de Pessoas Fora do Agregado Familiar	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	1.730	< 0.001	1.404	< 0.001
Dimensão do Agregado Familiar		1.102	< 0.001	1.149	< 0.001
Nº casos incluídos (%)		5103560 (56.6%)		5051534 (56.0%)	
Chi <sup>2</sup> de razão de Verossimilhança		3580594.835	< 0.001	1627050.191	< 0.001
Pseudo R <sup>2</sup> (Nakagelkerke)		0.542		0.282	

Como se pode verificar através da figura 2.1, tanto em Portugal como em Espanha, os indivíduos que avaliam a sua QVRS como «excelente» ou «muito boa» também reportam valores mais altos de SV. O coeficiente de correlação de *Spearman* entre a QVRS e a SV foi de  $\rho = 0.331$ ;  $p < 0.001$  na população portuguesa e de  $\rho = 0.337$ ;  $p < 0.001$  na população espanhola, mostrando uma associação positiva, ainda que fraca, entre a QVRS e a SV.

Figura 2.1. Gráfico de dispersão dos resultados das variáveis SV e QVRS



## 2.4. Discussão

O presente estudo contribui com conhecimento científico sobre a QVRS e a SV das populações idosas na Península Ibérica, colmatando a lacuna que existe na literatura relativamente a esta temática. Foram considerados dados referentes a todos os indivíduos de Portugal e Espanha, com 65 anos ou mais, que participaram na 6ª vaga do projeto SHARE. Não foram excluídos quaisquer indivíduos com estas características, pelo que, de forma a garantir a representatividade da amostra e a reduzir o impacto de um possível viés, os dados foram calibrados utilizando pesos amostrais.

Os principais resultados foram os seguintes: (i) existem diferenças, em termos de QVRS e SV, entre os idosos portugueses e espanhóis, sendo que a população espanhola reportou melhores níveis de QVRS e SV do que a de Portugal; (ii) os fatores que promovem a QVRS e a SV (simultaneamente) dos idosos espanhóis são ser mais novo, não apresentar qualquer limitação nas atividades, e ter um agregado familiar maior; já em Portugal os fatores que promovem a QVRS e a SV (simultaneamente) são antes ser mais velho, viver em áreas urbanas, não apresentar doenças crónicas, consumir pelo menos uma bebida alcoólica nos últimos 7 dias, praticar exercício físico moderado, não receber cuidados formais e ter um agregado familiar menor; (iii) os fatores que são comuns e promovem a

QVRS e SV nos dois países são o género (ser mulher, neste caso), os baixos níveis de depressão e a não receção de cuidados informais.

Em Espanha, a maioria dos participantes avaliou a sua saúde como «boa» ou «razoável» e também reportou valores entre 7 e 10 quando questionados sobre a SV. Apesar de, em termos de SV, os valores obtidos por Garrido, Méndez e Abellán (2013) serem semelhantes, existem algumas divergências em termos de QVRS, uma vez que a maioria dos seus participantes autoavaliou a sua saúde como «boa» ou «muito boa». Já em Portugal, a maioria dos participantes avaliou a sua saúde como «razoável» ou «fraca», apesar de reportarem estar satisfeitos com a sua vida (valores de SV entre 7 e 10). Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos (*e.g.*, Tavares, 2022; Silva, 2014) e indicam que, apesar de reportarem pior QVRS, os idosos portugueses têm tendência a reportar bons níveis de SV.

A análise descritiva sugere que, com o aumento da idade, há uma diminuição da QVRS e da SV, tanto em Portugal como em Espanha. Os resultados estimados para Espanha estão em concordância, no entanto, em Portugal, os resultados estimados indicam que, com o aumento da idade, aumenta a probabilidade de reportar níveis mais altos de QVRS e de SV. Devido a limitações no estudo, não foi possível comprovar a existência de uma relação em forma de U entre a SV e a idade e entre a autoperceção de saúde e a idade. No entanto, foi possível identificar uma correlação positiva entre a QVRS e a SV, resultado esse que era expectável uma vez que já foi evidenciado noutros estudos (*e.g.*, Tavares, 2022; Garrido, Méndez e Abellán, 2013; Diener e Chan, 2011; Gwozdz e Sousa-Poza, 2010).

Por outro lado, relativamente a saúde e condição física, verificou-se que a presença de doenças crónicas, de limitações nas atividades e de níveis mais altos de depressão influenciam significativamente de forma negativa a QVRS e SV. O processo de envelhecimento está associado ao decair do estado de saúde, devido ao aumento de dependência, de prevalência de doenças crónicas, morbilidade múltipla e de consequências psicossociais (Silberman-Beltramella *et al.*, 2022; Tavares, 2022), pelo que é expectável que tais características influenciem a forma como os indivíduos idosos percecionam o seu estado e qualidade de saúde. No entanto, em Espanha, pessoas sem qualquer doença crónica apresentam maior probabilidade de reportar pior SV do que aqueles com doenças crónicas (Tavares, 2022). Também em Portugal, indivíduos com

limitações não severas nas suas atividades em geral apresentam maior probabilidade de reportar níveis mais altos de SV do que os indivíduos sem qualquer limitação. Este acontecimento pode dever-se a vários fatores, entre eles a boa adaptação à condição de saúde ou a capacidade de o sistema de saúde local satisfazer as necessidades e expectativas em saúde do indivíduo, levando-o a expressar contentamento com a vida (Tavares, 2022; Garrido, Méndez e Abellán, 2013).

Em oposição ao que dizem outros estudos (*e.g.*, Maniscalco *et al.*, 2020; Damian *et al.*, 1999), este estudo aponta que, em Espanha, as mulheres reportam melhor QVRS e SV do que os homens. Os dados do estudo confirmam ainda que um maior nível de educação está associado a uma melhor QVRS, tanto em Portugal como em Espanha, tal como foi reportado noutros estudos (*e.g.*, Tavares, 2022; Maniscalco *et al.*, 2020; Silva, 2014). No entanto, o mesmo não se verifica em relação à SV.

Em termos de hábitos de vida, a prática de exercício físico vigoroso e, surpreendentemente, o consumo de álcool contribuem para uma melhor QVRS em Portugal e Espanha. No entanto, há diferenças em relação à SV. A prática de exercício moderado e o consumo de álcool estão positivamente relacionadas com a SV em Portugal (Tavares, 2022), e negativamente relacionadas com a SV em Espanha.

No que toca a relações sociais e de suporte, em Portugal, receber algum tipo de ajuda por parte de profissionais ou de pessoas fora do agregado familiar influencia de forma negativa a QVRS e a SV dos idosos. Em Espanha, a receção de cuidados informais também tem uma relação negativa com a QVRS e a SV, contudo, a receção de cuidados formais parece promover a QVRS dos idosos. Em bem verdade, pessoas saudáveis não sentem a necessidade de receber cuidados formais (Tavares, 2022), contudo, os resultados evidenciam que, dependendo do país em que se encontra, é possível quem recebe este tipo de ajuda reportar melhor ou pior QVRS. Está comprovado que, nos países do sul da Europa, as relações familiares desempenham um papel muito importante na SV dos idosos (Abramowska-Kmon, Łatkowski e Rynko, 2023; Tavares, 2022), o que se pode comprovar pelo facto de idosos casados e a viver com o seu cônjuge reportarem melhor SV em ambos os países. Também a dimensão do agregado familiar apresenta uma influência positiva sobre a QVRS e a SV em Espanha, embora, em Portugal, o aumento do agregado familiar conduza a uma maior insatisfação e pior QVRS. Estas desigualdades podem dever-se a diferenças individuais e/ou culturais, que, por sua vez, levam o

indivíduo idoso a perceber a receção de cuidados de duas maneiras: (i) a ajuda pode proporcionar-lhe uma sensação de alívio, num momento em que a sua saúde está a deteriorar-se e há um aumento da necessidade de cuidados; ou (ii) receber ajuda leva-o a preocupar-se com a possível perda de independência (Abramowska-Kmon, Łatkowski e Rynko, 2023). Segundo os resultados descritivos, a maioria dos participantes não recebeu qualquer tipo de ajuda, pelo que também é possível que estes resultados discrepantes se devam a diferenças na organização e atuação dos sistemas de saúde de Espanha e Portugal que, por sua vez, criam diferenças na qualidade dos serviços, na acessibilidade aos cuidados e/ou na capacidade de satisfação das necessidades em saúde da população, levando o indivíduo idoso avaliar positiva ou negativamente a sua QVRS e/ou SV.

Por fim, contrariamente ao reportado na literatura (*e.g.*, Tavares, 2022; Silva, 2014; Berg *et al.*, 2009), o rendimento não demonstrou ter qualquer influência sobre a QVRS ou a SV nesta amostra. Contudo, este resultado está alinhado com outros estudos que utilizaram a base de dados do SHARE e que verificaram que a autoperceção de saúde está mais relacionada com a educação do que com o rendimento (Maniscalco *et al.*, 2020).

É de referir que, até à data, não se encontrou nenhum estudo publicado na literatura sobre estes temas que compare as populações idosas de Portugal e Espanha, em termos de QVRS e SV, levando a crer que este é o primeiro. O principal ponto forte do presente estudo é a utilização de dados provenientes de um questionário longitudinal, multidisciplinar e multinacional que inclui informação relativa a saúde, estatuto socioeconómico, redes sociais e familiares. Esses mesmos dados são representativos da população portuguesa e espanhola, pelo que os resultados obtidos se aplicam a todos os indivíduos com 65 anos ou mais residentes nestes dois países.

No entanto, o presente estudo também apresenta algumas limitações, que serão apresentadas de seguida, juntamente com algumas sugestões para futura investigação.

Primeiramente, foram incluídos apenas indivíduos com idades iguais ou superiores a 65 anos, pelo que não foi possível testar a relação em forma de U entre a SV e a idade ou entre a QVRS e a idade. Outra limitação foi a data de recolha dos dados utilizados. Como as vagas mais recentes do projeto SHARE não continham todas as variáveis que se pretendiam avaliar, optou-se por utilizar uma vaga mais antiga (a vaga 6), pelo que os resultados obtidos não são os mais atuais. Também, por este motivo, optou-se por um

desenho de estudo transversal, o que impossibilitou obter conclusões de causalidade. Alguns dos participantes no estudo não responderam a todas as variáveis utilizadas pelo estudo, pelo que foi necessário repensar que variáveis incluir nos modelos de regressão ordinal, de forma a diminuir a percentagem dos casos excluídos. Por fim, para avaliar a saúde e condição física, o estudo apenas questiona sobre a presença de doenças crónicas, e não sobre a comorbidade, tipo de doença, grau de severidade ou duração do problema. Tais características podem afetar de forma diferente a QVRS e a SV, pelo que estudos futuros deverão ter isso em conta.

## **2.5. Conclusão**

De modo geral, a principal conclusão é que existem diferenças entre os idosos portugueses e espanhóis, em termos de QVRS e de SV, apesar de serem de países vizinhos e com culturas muito semelhantes. Essas diferenças também se estendem aos grupos etários, sendo que os idosos mais jovens (65-79 anos) autoavaliam a sua vida e saúde de forma diferente dos idosos mais velhos (+80 anos).

Enquanto em Espanha os fatores que promovem a QVRS e a SV (simultaneamente) são ser mais novo, não apresentar qualquer limitação nas atividades e ter um agregado familiar maior, em Portugal não se verifica o mesmo. Neste país, os fatores que promovem a QVRS e a SV (simultaneamente) são antes a idade mais avançada, viver em áreas urbanas, não apresentar doenças crónicas, consumir pelo menos uma bebida alcoólica nos últimos 7 dias, praticar exercício físico moderado, não receber cuidados formais e ter um agregado familiar menor. Os únicos fatores que são comuns e promovem a QVRS e SV nos dois países são o género (ser mulher), os baixos níveis de depressão e a não receção de cuidados informais.

Os resultados obtidos permitem caracterizar estas duas populações, e ainda informar sobre os fatores que influenciam a QVRS e a SV na Península Ibérica. Uma vez que o envelhecimento demográfico é uma grande preocupação, em especial para a gestão em saúde, as conclusões deste estudo ajudam a identificar as áreas que permitem melhorar o bem-estar dos idosos, tais como melhorar o acesso a serviços de apoio psicológico. A promoção das relações sociais e de programas que instruem o idoso e respetivos

familiares a cuidar do outro e de si próprio poderão também ser uma boa forma de potenciar a qualidade de envelhecimento.

Estudos futuros poderão explorar de que forma as diferenças entre os sistemas de saúde de Portugal e Espanha influenciam a QVRS e a SV das respetivas populações.

### 3. CONCLUSÃO

O fenómeno de duplo envelhecimento tem vindo a agravar-se na Península Ibérica e, conseqüentemente, a afetar todos os aspetos da sociedade, em especial a área da saúde. A QVRS e a SV são indicadores fundamentais para avaliar a qualidade do envelhecimento, pelo que se torna relevante investigar quais os fatores que os influenciam.

Porque populações com características e culturas distintas, ainda que provenientes de países vizinhos, são influenciadas por diferentes fatores, o principal objetivo do presente estudo foi caracterizar e comparar a QVRS e a SV dos idosos em Espanha e Portugal. Os resultados confirmam que existem diferenças entre as duas populações, e ainda entre idosos mais jovens (65-79 anos) e idosos mais velhos (+80 anos), sendo que os idosos espanhóis reportam níveis mais altos de QVRS e de SV do que os portugueses. Os fatores que promovem a QVRS e a SV (simultaneamente) em cada país também são diferentes.

Tal como foi mencionado no subcapítulo da Discussão, foram sentidas algumas limitações aquando da realização do presente estudo, devendo elas ser tidas em conta em futuras investigações. Primeiramente, foram incluídos apenas indivíduos com idades iguais ou superiores a 65 anos, pelo que não foi possível testar a relação em forma de U entre a SV e a idade ou entre a QVRS e a idade. Outra limitação foi a data de recolha dos dados utilizados. Como as vagas mais recentes do projeto SHARE não continham todas as variáveis que se pretendiam avaliar, optou-se por utilizar uma vaga mais antiga (vaga 6), pelo que os resultados obtidos não se baseiam na última vaga. Também, por este motivo, optou-se por um desenho de estudo transversal, o que impossibilitou obter conclusões de causalidade. Alguns dos participantes no estudo não responderam a todas as variáveis utilizadas pelo estudo, pelo que foi necessário repensar que variáveis incluir nos modelos de regressão, de forma a diminuir a percentagem dos casos excluídos. Por fim, para avaliar a saúde e condição física, o estudo apenas inclui questões sobre a presença de doenças crónicas, e não sobre a comorbidade, tipo de doença, grau de severidade ou duração do problema. Tais características podem afetar de forma diferente a QVRS e a SV, pelo que estudos futuros deverão ter isso em conta.

Tendo em conta os resultados, em que os baixos níveis de depressão e a não receção de cuidados informais influenciam positivamente a QVRS e SV em ambos os países, deverá

ser dada uma especial atenção ao acesso a cuidados de apoio psicológico, assim como à promoção de boas relações sociais e familiares.

Tal como foi referido no capítulo introdutório, a presente dissertação de mestrado foi elaborada sob o formato de artigo científico, com o intuito de publicar o estudo numa revista científica indexada no SCOPUS.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramowska-Kmon, A., Łątkowski, W. & Rynko, M. (2023) Informal Care and Subjective Well-Being among Older Adults in Selected European Countries. *Ageing International*. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12126-023-09521-0> (acedido a 2 de agosto de 2023).

Berg, A.I., Hoffman, L., Hassing, L.B., McClearn, G.E. & Johansson, B. (2009) What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging & Mental Health*, 13(2), 191-201.

Blanchflower, D.G. (2020) *Is happiness U-shaped everywhere? Age and subjective well-being in 132 countries*. Cambridge: National Bureau of Economic Research. Working Paper 26641 NBER. Disponível em: <http://www.nber.org/papers/w26641> (acedido a 5 de novembro de 2022).

Blanchflower, D.G. (2021) Is happiness U-shaped everywhere? Age and subjective well-being in 145 countries. *Journal of Population Economics*, 34(2), 575–624. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00148-020-00797-z> (acedido a 5 de novembro de 2022).

Borg, C., Hallberg, I.R. & Blomqvist, K. (2006) Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 607-618.

Börsch-Supan, A. (2022) Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. DOI: 10.6103/SHARE.w6.800 Disponível em: <https://share-eric.eu/data/data-documentation/waves-overview/wave-6> (acedido a 9 de dezembro de 2022).

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S. & Zuber, S. (2013) Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology* DOI: 10.1093/ije/dyt088. Disponível em: <https://share-eric.eu/data/data-documentation/waves-overview/wave-6> (acedido a 9 de dezembro de 2022).

Cabral, M.V., Ferreira, P.M., Silva, P.A., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013) *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Campos, M.O. & Neto, J.F.R. (2008). Qualidade de Vida: um instrumento para promoção da saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(2), 232-240.

Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonca-Lima, C., et al. (2007). Prevalence of Depressive Symptoms and Syndromes in Later Life in Ten European Countries. *The British Journal of Psychiatry*, 191(5), 393–401.

Cubí-Mollá, P., de Vries, J. & Devlin, N. (2014) A Study of the Relationship between Health and Subjective Well-Being in Parkinson's Disease Patients. *Value in Health*, 17(4), 372-379.

- Damian, J., Ruigomez, A., Pastor, V. & Martin-Moreno, J.M. (1999) Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(7), 412-416.
- Davern, M.T., Cummins, R.A. & Stokes, M.A. (2007) Subjective well-being as an affective-cognitive construct. *Journal of Happiness Studies*, 8(4), 429–449. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10902-007-9066-1> (acedido a 5 de novembro de 2022).
- de Albornoz, S.C. & Chen, G. (2021) Relationship between health-related quality of life and subjective wellbeing in asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 142, 110356.
- de Vries, M., Emons, W.H.M., Plantinga, A., Pietersma, S., van den Hout, W.B., Stiggelbout, A.M. & van den Akker-van Marle, M.E. (2016) Comprehensively Measuring Health-Related Subjective Well-Being: Dimensionality Analysis for Improved Outcome Assessment in Health Economics. *Value in Health*, 19(2), 167-175.
- DGS. Direção-Geral de Saúde (2022) *Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável de tod@s para tod@s*, Lisboa, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf> (acedido a 2 de novembro de 2022).
- Diener, E. & Chan, M.Y. (2011) Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43.
- Eurostat (2021) *Demographic balances and indicators by type of projection*. Eurostat. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PROJ\\_19NDBI\\_\\_custom\\_3746264/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PROJ_19NDBI__custom_3746264/default/table?lang=en) (acedido a 2 de novembro de 2022).
- Eurostat (2022) *Population structure and ageing*. Eurostat. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing#The\\_share\\_of\\_elderly\\_people\\_continues\\_to\\_increase](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase) (acedido a 2 de novembro de 2022).
- Garrido, S., Méndez, I. & Abellán, J.M. (2013) Analysing the Simultaneous Relationship Between Life Satisfaction and Health-Related Quality of Life. *Journal of Happiness Studies*, 14(6), 1813-1838. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9411-x> (acedido a 19 de agosto de 2022).
- Gwozdz, W. & Sousa-Poza, A. (2010) Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany. *Social Indicators Research*, 97(3), 397–417. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9508-8> (acedido a 19 de setembro de 2022).
- Huang, L.H. & Lin, Y.C. (2002) The health status and needs of community elderly living alone. *Journal of Nursing Research*, 10(3), 227–236.
- INE. Instituto Nacional de Estatística (2022) *Censos 2021 – XVI Recenseamento Geral da População: VI Recenseamento Geral da Habitação. Resultados definitivos*, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística. Disponível em [www.ine.pt/xurl/pub/65586079](http://www.ine.pt/xurl/pub/65586079) (acedido em 6 de dezembro de 2022).

- Jalenques, I., Rondepierre, F., Rachez, C., Lauron, S. & Guiguet-Auclair, C. (2020) Health-related quality of life among community-dwelling people aged 80 years and over: a cross-sectional study in France. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 126. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01376-2> (acedido a 4 de novembro de 2022).
- Kerse, N.M, Flicker, L. Jolley, D., Arroll, B. & Young, D. (1999) Improving the health behaviours of elderly people: randomised controlled trial of a general practice education programme. *BMJ*, 319(7211), 683-687.
- Lee, H., Vlaev, I., King, D., Mayer, E., Darzi, A. & Dolan, P. (2013) Subjective well-being and the measurement of quality in healthcare. *Social, Science & Medicine*, 99, 27-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.027> (acedido a 19 de agosto de 2022).
- Lima, M.L. & Novo, R. (2006) So far so good? Subjective and social well-being in Portugal and Europe. *Portuguese Journal of Social Science*, 5(1), 5-33.
- Lin, X-J., Lin, I-M. & Fan, S. (2013) Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*, 25(1), 8-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tcmj.2012.09.002> (acedido a 5 de novembro de 2022).
- Malter, F. & Börsch-Supan, A. (Eds.) (2017) SHARE Wave 6: Panel innovations and collecting Dried Blood Spots. Munich: Munich Center for the Economics of Aging (MEA). Disponível em: <https://share-eric.eu/data/data-documentation/waves-overview/wave-6> (acedido a 9 de dezembro de 2022).
- Maniscalco, L., Miceli, S., Bono, F. & Matranga, D. (2020) Self-Perceived Health, Objective Health, and Quality of Life among People Aged 50 and Over: Interrelationship among Health Indicators in Italy, Spain, and Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2414. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072414> (acedido a 6 de dezembro de 2022).
- Maskileyson, D., Seddig, D. & Davidov, E. (2021) The EURO-D Measure of Depressive Symptoms in the Aging Population: Comparability Across European Countries and Israel. *Frontiers in Political Science*, 3, 665004. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpos.2021.665004> (acedido a 24 de fevereiro de 2023).
- Massey, B., Edwards, A.V. & Musikanski, L. (2021) Life Satisfaction, Affect, and Belonging in Older Adults. *Applied Research in Quality of Life*, 16(3), 1205–1219. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09804-2> (acedido a 16 de julho de 2022).
- Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., Ograczyk-Piotrowska, A. & Zalewska-Janowska, A. (2020). Life satisfaction and health-related quality of life – the same or a diferente construct? A survey in psoriasis patients. *Health Psychology Report*, 8(3), 219-227. Disponível em: <https://doi.org/10.5114/hpr.2020.95909> (acedido a 6 de agosto de 2022).
- Mroczek, D.K. & Kolarz, C.M. (1998) The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333–1349.

Mukaka, M.M. (2012) Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*, 24(3), 69-71.

Oberjé, E.J.M., Dima, A.L., van Hulzen, A.G.W., Prins, J.M. & de Bruin, M. (2015) Looking Beyond Health-Related Quality of Life: Predictors of Subjective Well-Being among People Living with HIV in the Netherlands. *AIDS and Behavior*, 19(8), 1398-1407. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0880-2> (acedido a 6 de agosto de 2022).

Okuno, M.F.P., Costa, A.F. & Belasco, A.G.S. (2020) Satisfação com a vida, qualidade de vida e capacidade funcional de octogenários hospitalizados. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 24, e1331.

Olofsson, C.K., Skovdahl, P., Fridolfsson, J., Arvidsson, D., Börjesson, M., Sunnegårdh, J. & Buratti, S. (2023) Life satisfaction, health-related quality of life and physical activity after treatment for valvular aortic stenosis. *Cardiology in the Young*, 33(3), 403-409. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1047951122000920> (acedido a 6 de agosto de 2022).

ONU. Organização das Nações Unidas (2023) *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: <https://unric.org/pt/Objetivos-de-Desenvolvimento-Sustentavel/> (acedido a 5 de junho de 2023).

Pickering, G., Brunet, F., Roussel, M. & Pastor, J.M. (2001) Evaluation of the offer of physical activity for the elderly in a region of France. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 33(1), 1–6.

Pordata (2022) *Óbitos e Esperança de Vida*. Pordata. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Subtema/Europa/%C3%93bitos+e+Esperan%C3%A7a+de+Vida-96> (acedido a 19 de setembro de 2022).

Prince, M.J., Reischies, F., Beekman, A.T.F., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S.-L., *et al.* (1999). Development of the EURO-D Scale - a European Union Initiative to Compare Symptoms of Depression in 14 European Centres. *The British Journal of Psychiatry* 174(4), 330–338.

Rodrigues, V., Mota-Pinto, A., de Sousa, B., Botelho, A., Alves, C. & de Oliveira, C.R. (2014) The Aging Profile of the Portuguese Population: A Principal Component Analysis. *Journal Community of Health*, 39(4), 747–752. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10900-014-9821-2> (acedido a 5 de junho de 2023).

SHARE Espanha (s.d.) *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Disponível em: <https://www.share.cemfi.es/> (acedido a 19 de setembro de 2022).

SHARE PROJECT (2008) *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Disponível em: <http://www.share-project.pt/> (acedido a 19 de setembro de 2022).

SHARE-ERIC (2023) *SHARE HOME*. Disponível em: <https://share-eric.eu/> (acedido a 17 de fevereiro de 2023).

Silberman-Beltramella, M., Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C. & Forjaz, M.J. (2022) Social relations and health in older people in Spain using SHARE survey data. *BMC*

*Geriatrics*, 22(1), 276. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02975-y> (acedido a 2 de novembro de 2022).

Silva, P.A. (2014) Determinantes individuais e sociais do estado de saúde subjetivo e de bem-estar da população sênior de Portugal. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(11), 2387-2400.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003) Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371.

Szeles, M.R. (2018) Comparative Examination of Self-Perceived Health and Other Measures of the Quality of Life Across the EU-27. *Social Indicators Research*, 137(1), 391–411. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1597-1> (acedido a 5 de dezembro de 2022).

Tavares, A.I. (2022) Health and life satisfaction factors of Portuguese Older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 99, 104600.

UNESCO. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2006) *International Standard Classification of Education - ISCED 1997*. Disponível em: <https://uis.unesco.org/en/files/international-standard-classification-education-1997-en-pdf> (acedido a 17 de fevereiro de 2023).

WHO. World Health Organization (1948) *Constitution of the World Health Organization*, New York, World Health Organization. Disponível em: [www.who.int/about/governance/constitution](http://www.who.int/about/governance/constitution) (acedido em 6 de agosto de 2022).

WHO. World Health Organization (2002) *Active Ageing: A Policy Framework*, Madrid, World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215> (acedido em 16 de julho de 2022).

WHO. World Health Organization (2020) *Decade of Healthy Ageing: Plan of Action*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action> (acedido a 5 de junho de 2023).

Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X. & He, J. (2013) The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*, 13(1), 320. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320> (acedido a 5 de dezembro de 2022).

Yamada, C., Moriyama, K. & Takahashi, E. (2012) Self-rated health as a comprehensive indicator of lifestyle-related health status. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 17(6), 457–462. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12199-012-0274-x> (acedido a 5 de dezembro de 2022).

## APÊNDICE 1: Hipóteses Consideradas no Tratamento dos Dados

Tabela Adicional 1. Hipóteses consideradas na realização dos testes de hipóteses e dos coeficientes de correlação com a variável «Grupo Etário»

Variáveis Quantitativas
<b>Rendimento</b>
- Testa à normalidade
H0: a variável «rendimento» segue uma distribuição normal, tanto no grupo dos 65-79 anos quanto no grupo dos +80 anos
H1: a variável «rendimento» NÃO segue uma distribuição normal, em pelo menos uma das populações (65-79 anos ou +80 anos)
- Teste de hipóteses (Mann-whitney U)
H0: Não existem diferenças no rendimento entre as pessoas com 65-79 anos e as pessoas com +80 anos
H1: Existem diferenças no rendimento entre as pessoas com 65-79 anos e as pessoas com +80 anos
- Coeficiente de correlação (Spearman)
H0: O rendimento NÃO está correlacionado com a idade dos participantes
H1: O rendimento está correlacionado com a idade dos participantes
<b>Escala de depressão</b> (normalidade e teste de hipóteses)
- Testa à normalidade
H0: a variável «Escala de depressão» segue uma distribuição normal, tanto no grupo dos 65-79 anos quanto no grupo dos +80 anos
H1: a variável «Escala de depressão» NÃO segue uma distribuição normal, em pelo menos uma das populações (65-79 anos ou +80 anos)
- Teste de hipóteses (Mann-whitney U)
H0: Não existem diferenças nos níveis de depressão entre as pessoas com 65-79 anos e as pessoas com +80 anos
H1: Existem diferenças nos níveis de depressão entre as pessoas com 65-79 anos e as pessoas com +80 anos
- Coeficiente de correlação (Spearman)
H0: Os níveis de depressão NÃO estão correlacionados com a idade dos participantes
H1: Os níveis de depressão estão correlacionados com a idade dos participantes
<b>Unidades de bebida alcoólica</b>
- Testa à normalidade
H0: a variável «Unidade de bebida alcoólica» segue uma distribuição normal, tanto no grupo dos 65-79 anos quanto no grupo dos +80 anos
H1: a variável «Unidade de bebida alcoólica» NÃO segue uma distribuição normal, em pelo menos uma das populações (65-79 anos ou +80 anos)
- Teste de hipóteses (Mann-whitney U)
H0: Não existem diferenças no consumo de bebidas alcoólicas entre as pessoas com 65-79 anos e as pessoas com +80 anos
H1: Existem diferenças no consumo de bebidas alcoólicas entre as pessoas com 65-79 anos e as pessoas com +80 anos
- Coeficiente de correlação (Spearman)
H0: O nº de bebidas alcoólicas NÃO está correlacionado com a idade dos participantes
H1: O nº de bebidas alcoólicas está correlacionado com a idade dos participantes
<b>SV</b>
- Testa à normalidade
H0: a variável «SV» segue uma distribuição normal, tanto no grupo dos 65-79 anos quanto no grupo dos +80 anos
H1: a variável «SV» NÃO segue uma distribuição normal, em pelo menos uma das populações (65-79 anos ou +80 anos)
- Teste de hipóteses (Mann-whitney U)
H0: Não existem diferenças na satisfação com a vida entre as pessoas com 65-79 anos e as pessoas com +80 anos
H1: Existem diferenças na satisfação com a vida entre as pessoas com 65-79 anos e as pessoas com +80 anos
- Coeficiente de correlação (Spearman)
H0: A satisfação com a vida NÃO está correlacionada com a idade dos participantes
H1: A satisfação com a vida está correlacionada com a idade dos participantes

## Variáveis Qualitativas

### **Doenças crónicas**

- Qui-quadrado

H0: A presença de doenças crónicas é independente da idade (não há associação/uma não influencia a outra)

H1: A presença de doenças crónicas é dependente da idade (há associação/uma influencia a outra)

- Coeficiente de correlação (Phi)

H0: A presença de doenças crónicas NÃO está correlacionada com a idade dos participantes

H1: A presença de doenças crónicas está correlacionada com a idade dos participantes

### **Limitações**

- Qui-quadrado

H0: A presença de limitações nas atividades em geral é independente da idade (não há associação/uma não influencia a outra)

H1: A presença de limitações nas atividades em geral é dependente da idade (há associação/uma influencia a outra)

- Coeficiente de correlação (Spearman)

H0: A existência de limitações nas atividades NÃO está correlacionada com a idade dos participantes

H1: A existência de limitações nas atividades está correlacionada com a idade dos participantes

### **Atividade vigorosa**

- Qui-quadrado

H0: A prática de atividade vigorosa é independente da idade (não há associação/uma não influencia a outra)

H1: A prática de atividade vigorosa é dependente da idade (há associação/uma influencia a outra)

- Coeficiente de correlação (Spearman)

H0: A prática de atividades mais vigorosas NÃO está correlacionada com a idade dos participantes

H1: A prática de atividades mais vigorosas está correlacionada com a idade dos participantes

### **Atividade moderada**

- Qui-quadrado

H0: A prática de atividade moderada é independente da idade (não há associação/uma não influencia a outra)

H1: A prática de atividade moderada é dependente da idade (há associação/uma influencia a outra)

- Coeficiente de correlação (Spearman)

H0: A prática de atividades moderadas NÃO está correlacionada com a idade dos participantes

H1: A prática de atividades moderadas está correlacionada com a idade dos participantes

### **Consumo de álcool**

- Qui-quadrado

H0: O consumo de álcool é independente da idade (não há associação/uma não influencia a outra)

H1: O consumo de álcool é dependente da idade (há associação/uma influencia a outra)

- Coeficiente de correlação (Phi)

H0: O consumo de álcool nos últimos 7 dias NÃO está correlacionado com a idade dos participantes

H1: A consumo de álcool nos últimos 7 dias está correlacionado com a idade dos participantes

### **Ajuda profissional**

- Qui-quadrado

H0: A receção de ajuda profissional é independente da idade (não há associação/uma não influencia a outra)

H1: A receção de ajuda profissional é dependente da idade (há associação/uma influencia a outra)

- Coeficiente de correlação (Phi)

H0: A receção de ajuda profissional nos últimos 12 meses NÃO está correlacionada com a idade dos participantes

H1: A receção de ajuda profissional nos últimos 12 meses está correlacionada com a idade dos participantes

### **Ajuda fora do agregado familiar**

- Qui-quadrado

H0: A receção de ajuda fora do agregado familiar é independente da idade (não há associação/uma não influencia a outra)

H1: A receção de ajuda fora do agregado familiar é dependente da idade (há associação/uma influencia a outra)

- Coeficiente de correlação (Phi)

H0: A receção de ajuda fora do agregado nos últimos 12 meses NÃO está correlacionada com a idade dos participantes

H1: A receção de ajuda fora do agregado nos últimos 12 meses está correlacionada com a idade dos participantes

### **QVRS**

- Qui-quadrado

H0: A qualidade de vida é independente da idade (não há associação/uma não influencia a outra)

H1: A qualidade de vida é dependente da idade (há associação/uma influencia a outra)

- Coeficiente de correlação (Spearman)

H0: A qualidade de vida NÃO está correlacionada com a idade dos participantes

H1: A qualidade de vida está correlacionada com a idade dos participantes

## Tabela Adicional 2. Hipóteses consideradas na realização dos testes de hipóteses e dos coeficientes de correlação com a variável «Nacionalidade»

Variáveis Quantitativas
<b>Rendimento</b>
- Teste à normalidade
H0: a variável «rendimento» segue uma distribuição normal, tanto no grupo dos portugueses quanto no grupo dos espanhóis
H1: a variável «rendimento» NÃO segue uma distribuição normal, em pelo menos uma das populações (portugueses ou espanhóis)
- Teste de hipóteses (Mann-whitney U)
H0: Não existem diferenças no rendimento entre os portugueses e os espanhóis
H1: Existem diferenças no rendimento entre os portugueses e os espanhóis
- Coeficiente de correlação (Spearman)
H0: O rendimento NÃO está correlacionado com a nacionalidade dos participantes em PT/ES
H1: O rendimento está correlacionado com a nacionalidade dos participantes em PT/ES
<b>Escala de depressão</b>
- Testa à normalidade
H0: a variável «Escala de depressão» segue uma distribuição normal, tanto no grupo dos portugueses quanto no grupo dos espanhóis
H1: a variável «Escala de depressão» NÃO segue uma distribuição normal, em pelo menos uma das populações (portugueses ou espanhóis)
- Teste de hipóteses (Mann-whitney U)
H0: Não existem diferenças nos níveis de depressão entre os portugueses e os espanhóis
H1: Existem diferenças nos níveis de depressão entre os portugueses e os espanhóis
- Coeficiente de correlação (Spearman)
H0: Os níveis de depressão NÃO estão correlacionados com a nacionalidade dos participantes em PT/ES
H1: Os níveis de depressão estão correlacionados com a nacionalidade dos participantes em PT/ES
<b>Unidades de bebida alcoólica</b>
- Testa à normalidade
H0: a variável «Unidade de bebida alcoólica» segue uma distribuição normal, tanto no grupo dos portugueses quanto no grupo dos espanhóis
H1: a variável «Unidade de bebida alcoólica» NÃO segue uma distribuição normal, em pelo menos uma das populações (portugueses ou espanhóis)
- Teste de hipóteses (Mann-whitney U)
H0: Não existem diferenças no consumo de bebidas alcoólicas entre os portugueses e os espanhóis
H1: Existem diferenças no consumo de bebidas alcoólicas entre os portugueses e os espanhóis
- Coeficiente de correlação (Spearman)
H0: O nº de bebidas alcoólicas NÃO está correlacionado com a nacionalidade dos participantes em PT/ES
H1: O nº de bebidas alcoólicas está correlacionado com a nacionalidade dos participantes em PT/ES
<b>SV</b>
- Testa à normalidade
H0: a variável «SV» segue uma distribuição normal, tanto no grupo dos portugueses quanto no grupo dos espanhóis
H1: a variável «SV» NÃO segue uma distribuição normal, em pelo menos uma das populações (portugueses ou espanhóis)
- Teste de hipóteses (Mann-whitney U)
H0: Não existem diferenças na satisfação com a vida entre os portugueses e os espanhóis
H1: Existem diferenças na satisfação com a vida entre os portugueses e os espanhóis
- Coeficiente de correlação (Spearman)
H0: A satisfação com a vida NÃO está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES
H1: A satisfação com a vida está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES

Variáveis Qualitativas
<p><b>Doenças crônicas</b></p> <p>- Qui-quadrado</p> <p>H0: A presença de doenças crônicas é independente da nacionalidade (não há associação/uma não influencia a outra)</p> <p>H1: A presença de doenças crônicas é dependente da nacionalidade (há associação/uma influencia a outra)</p> <p>- Coeficiente de correlação (Phi)</p> <p>H0: A existência de doenças crônicas NÃO está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p> <p>H1: A existência de doenças crônicas está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p>
<p><b>Limitações</b></p> <p>- Qui-quadrado</p> <p>H0: A presença de limitações nas atividades em geral é independente da nacionalidade (não há associação/uma não influencia a outra)</p> <p>H1: A presença de limitações nas atividades em geral é dependente da nacionalidade (há associação/uma influencia a outra)</p> <p>- Coeficiente de correlação (Spearman)</p> <p>H0: A existência de limitações nas atividades NÃO está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p> <p>H1: A existência de limitações nas atividades está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p>
<p><b>Atividade vigorosa</b></p> <p>- Qui-quadrado</p> <p>H0: A prática de atividade vigorosa é independente da nacionalidade (não há associação/uma não influencia a outra)</p> <p>H1: A prática de atividade vigorosa é dependente da nacionalidade (há associação/uma influencia a outra)</p> <p>- Coeficiente de correlação (Spearman)</p> <p>H0: A prática de atividades mais vigorosas NÃO está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p> <p>H1: A prática de atividades mais vigorosas está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p>
<p><b>Atividade moderada</b></p> <p>- Qui-quadrado</p> <p>H0: A prática de atividade moderada é independente da nacionalidade (não há associação/uma não influencia a outra)</p> <p>H1: A prática de atividade moderada é dependente da nacionalidade (há associação/uma influencia a outra)</p> <p>- Coeficiente de correlação (Spearman)</p> <p>H0: A prática de atividades moderadas NÃO está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p> <p>H1: A prática de atividades moderadas está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p>
<p><b>Consumo de álcool</b></p> <p>- Qui-quadrado</p> <p>H0: O consumo de álcool é independente da nacionalidade (não há associação/uma não influencia a outra)</p> <p>H1: O consumo de álcool é dependente da nacionalidade (há associação/uma influencia a outra)</p> <p>- Coeficiente de correlação (Spearman)</p> <p>H0: O consumo de álcool nos últimos 7 dias NÃO está correlacionado com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p> <p>H1: A consumo de álcool nos últimos 7 dias está correlacionado com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p>
<p><b>Ajuda profissional</b></p> <p>- Qui-quadrado</p> <p>H0: A recepção de ajuda profissional é independente da nacionalidade (não há associação/uma não influencia a outra)</p> <p>H1: A recepção de ajuda profissional é dependente da nacionalidade (há associação/uma influencia a outra)</p> <p>- Coeficiente de correlação (Phi)</p> <p>H0: A recepção de ajuda profissional nos últimos 12 meses NÃO está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p> <p>H1: A recepção de ajuda profissional nos últimos 12 meses está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p>
<p><b>Ajuda fora do agregado familiar</b></p> <p>- Qui-quadrado</p> <p>H0: A recepção de ajuda fora do agregado familiar é independente da nacionalidade (não há associação/uma não influencia a outra)</p> <p>H1: A recepção de ajuda fora do agregado familiar é dependente da nacionalidade (há associação/uma influencia a outra)</p> <p>- Coeficiente de correlação (Phi)</p> <p>H0: A recepção de ajuda fora do agregado nos últimos 12 meses NÃO está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p> <p>H1: A recepção de ajuda fora do agregado nos últimos 12 meses está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p>
<p><b>QVRS</b></p> <p>- Qui-quadrado</p> <p>H0: A qualidade de vida é independente da nacionalidade (não há associação/uma não influencia a outra)</p> <p>H1: A qualidade de vida é dependente da nacionalidade (há associação/uma influencia a outra)</p> <p>- Coeficiente de correlação (Spearman)</p> <p>H0: A qualidade de vida NÃO está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p> <p>H1: A qualidade de vida está correlacionada com a nacionalidade dos participantes em PT/ES</p>

## APÊNDICE 2: Resultados Calculados sem Pesos Amostrais

Tabela Adicional 3. Relações entre a variável «Grupo Etário» / «Nacionalidade» e as restantes variáveis de interesse

	Portugal		Espanha		Península Ibérica	
	65-79 anos	+80 anos	65-79 anos	+80 anos	Portugal	Espanha
<b>Sociodemográficas</b>						
Rendimento	$p = 0.020^*$ - 0.083 <sup>ρ</sup>		$p < 0.001^*$ - 0.176 <sup>ρρ</sup>		$p < 0.001^*$ - 0.294 <sup>ρρ</sup>	
<b>Saúde e Condição Física</b>						
Doenças Crónicas	$p = 0.716^{**}$ -		$p < 0.001^{**}$ 0.166 <sup>φφ</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.087 <sup>φφ</sup>	
Limitação em Atividades, no geral	$p < 0.001^{**}$ - 0.191 <sup>ρρ</sup>		$p < 0.001^{**}$ - 0.301 <sup>ρρ</sup>		$p < 0.001^{**}$ - 0.204 <sup>ρρ</sup>	
Escala de Depressão	$p = 0.002^*$ 0.104 <sup>ρρ</sup>		$p < 0.001^*$ 0.215 <sup>ρρ</sup>		$p < 0.001^*$ 0.154 <sup>ρρ</sup>	
<b>Estilo de Vida</b>						
Prática de Exercício Físico						
Exercício Vigoroso	$p < 0.001^{**}$ 0.181 <sup>ρρ</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.266 <sup>ρρ</sup>		$p = 0.050^{**}$ -	
Exercício Moderado	$p < 0.001^{**}$ 0.228 <sup>ρρ</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.309 <sup>ρρ</sup>		$p = 0.005^{**}$ 0.048 <sup>ρρ</sup>	
Consumo de Álcool						
Bebeu nos últimos 7 dias	$p < 0.001^{**}$ - 0.132 <sup>φφ</sup>		$p < 0.001^{**}$ - 0.182 <sup>φφ</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.164 <sup>φφ</sup>	
Unidades de álcool que consumiu	$p = 0.066^*$ -		$p = 0.408^*$ -		$p < 0.001^*$ 0.200 <sup>ρρ</sup>	
<b>Relações Sociais e de Suporte</b>						
Recebeu Ajuda Domiciliar por parte de Profissionais	$p < 0.001^{**}$ 0.218 <sup>φφ</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.282 <sup>φφ</sup>		$p = 0.004^{**}$ - 0.042 <sup>φ</sup>	
Recebeu Ajuda de Pessoas Fora do Agregado Familiar	$p < 0.001^{**}$ 0.191 <sup>φφ</sup>		$p < 0.001^{**}$ 0.245 <sup>φφ</sup>		$p = 0.096^{**}$ -	
<b>Dependentes</b>						
SV	$p = 0.789^*$ -		$p < 0.001^*$ - 0.082 <sup>ρρ</sup>		$p < 0.001^*$ - 0.092 <sup>ρρ</sup>	
QVRS	$p = 0.002^{**}$ - 0.120 <sup>ρρ</sup>		$p < 0.001^{**}$ - 0.274 <sup>ρρ</sup>		$p < 0.001^{**}$ - 0.181 <sup>ρρ</sup>	

\* teste de Mann-Whitney U \*\*teste de Qui<sup>2</sup> de Person

<sup>φ</sup> Coeficiente de Phi com significância no nível 0.05 <sup>φφ</sup> com significância no nível no nível 0.01

<sup>ρ</sup> Coeficiente de Correlação de Spearman com significância no nível 0.05 <sup>ρρ</sup> com significância no nível no nível 0.01

Tabela Adicional 4. Modelo de regressão ordinal para Portugal

Portugal		QVRS		SV	
		Odds Ratio	p-value	Odds Ratio	p-value
<b>Sociodemográficas</b>					
Género	Feminino	1.185	0.394	1.473	0.029
	Masculino	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Idade		0.997	0.858	1.030	0.038
Estado Civil	Solteiro	1.769	0.284	1.842	0.214
	Casado/União de facto	0.958	0.866	1.667	0.020
	Casado, a viver separado	0.977	0.972	1.389	0.567
	Divorciado	1.069	0.886	0.776	0.565
	Viúvo	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Nível de Educação	Nenhum	0.258	0.029	0.829	0.728
	Ensino básico	0.549	0.262	0.583	0.260
	Ensino secundário	1.068	0.916	1.041	0.942
	Pós-secundário	1.899	0.486	0.433	0.334
	Ensino superior	1.306	0.662	0.493	0.192
	Ainda na escola/Outro	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Rendimento		1.000	0.236	1.000	0.252
Área de Residência	Grande cidade	1.580	0.054	0.949	0.799
	Subúrbios ou arredores	1.417	0.158	0.827	0.370
	Vila	2.147	0.005	0.868	0.543
	Área rural ou aldeia	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
<b>Saúde e Condição Física</b>					
Doenças Crónicas	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	3.884	< 0.001	1.300	0.126
Limitação em Atividades, no geral	Severamente limitado	0.089	< 0.001	0.825	0.435
	Limitado	0.417	< 0.001	1.132	0.489
	Não limitado	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Escala de Depressão		0.852	< 0.001	0.721	< 0.001
<b>Estilo de Vida</b>					
<i>Prática de Exercício Físico</i>					
Exercício Vigoroso	Mais que 1x por semana	2.227	< 0.001	1.327	0.147
	1x por semana	0.984	0.962	1.082	0.794
	1-3x por mês	1.277	0.560	0.588	0.139
	Raramente ou nunca	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Exercício Moderado	Mais que 1x por semana	1.519	0.083	1.438
Exercício Moderado	1x por semana	1.722	0.082	1.454	0.171
	1-3x por mês	1.665	0.161	1.100	0.773
	Raramente ou nunca	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
<i>Consumo de Alcool</i>					
Bebeu nos últimos 7 dias	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	0.757	0.142	0.808	0.194
<b>Relações Sociais e de Suporte</b>					
Recebeu Ajuda Domiciliar por parte de Profissionais	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	1.435	0.344	1.077	0.820
Recebeu Ajuda de Pessoas Fora do Agregado Familiar	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	1.367	0.276	1.324	0.247
Dimensão do Agregado Familiar		0.993	0.932	0.935	0.382
Nº casos incluídos (%)		639 (63.2%)		631 (62.4%)	
Chi <sup>2</sup> de razão de Verossimilhança		393.131	< 0.001	205.074	< 0.001
Pseudo R <sup>2</sup> (Nakagelkerke)		0.506		0.283	

Tabela Adicional 5. Modelo de regressão ordinal para Espanha

Espanha		QVRS		SV	
		Odds Ratio	p-value	Odds Ratio	p-value
<b>Sociodemográficas</b>					
Género	Feminino	0.994	0.954	1.529	< 0.001
	Masculino	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Idade		1.002	0.808	1.016	0.024
Estado Civil	Solteiro	1.141	0.559	1.066	0.761
	Casado/União de facto	0.795	0.094	1.360	0.015
	Casado, a viver separado	0.440	0.084	0.649	0.335
	Divorciado	0.683	0.305	0.533	0.059
	Viúvo	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Nível de Educação	Nenhum	0.430	0.406	1.119	0.905
	Ensino básico	0.487	0.477	1.059	0.952
	Ensino secundário	0.789	0.818	1.374	0.740
	Pós-secundário	0.583	0.632	0.949	0.960
	Ensino superior	0.705	0.733	1.434	0.706
	Ainda na escola/Outro	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Rendimento		1.000	0.757	1.000	0.506
Área de Residência	Grande cidade	1.209	0.234	0.825	0.194
	Subúrbios ou arredores	1.122	0.634	1.148	0.534
	Vila	0.857	0.224	0.899	0.359
	Área rural ou aldeia	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
<b>Saúde e Condição Física</b>					
Doenças Crónicas	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	2.849	< 0.001	1.011	0.910
Limitação em Atividades, no geral	Severamente limitado	0.087	< 0.001	0.676	0.105
	Limitado	0.239	< 0.001	0.874	0.221
	Não limitado	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Escala de Depressão		0.771	< 0.001	0.709	< 0.001
<b>Estilo de Vida</b>					
<i>Prática de Exercício Físico</i>					
Exercício Vigoroso	Mais que 1x por semana	2.677	< 0.001	1.146	0.237
	1x por semana	2.570	< 0.001	0.675	0.008
	1-3x por mês	1.989	< 0.001	0.816	0.272
	Raramente ou nunca	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
Exercício Moderado	Mais que 1x por semana	1.355	0.044	1.054	0.707
	1x por semana	1.243	0.255	0.761	0.114
	1-3x por mês	1.171	0.511	0.715	0.119
	Raramente ou nunca	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
<i>Consumo de Alcool</i>					
Bebeu nos últimos 7 dias	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	0.720	0.002	0.879	0.186
<b>Relações Sociais e de Suporte</b>					
Recebeu Ajuda Domiciliar por parte de Profissionais	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	1.016	0.928	1.040	0.807
Recebeu Ajuda de Pessoas Fora do Agregado Familiar	Sim	<i>Reference Category</i>		<i>Reference Category</i>	
	Não	1.442	0.015	1.496	0.004
Dimensão do Agregado Familiar		1.138	0.020	1.121	0.036
Nº casos incluídos (%)		1805 (49.8%)		1785 (49.2%)	
Chi <sup>2</sup> de razão de Verossimilhança		1210.989	< 0.001	502.142	< 0.001
Pseudo R <sup>2</sup> (Nakagelkerke)		0.524		0.252	

## ANEXO A: Pedido de Acesso aos Dados do Share

Application for access to SHARE data

AS ANA SOFIA COELHO ENCARNAÇÃO  
Para [REDACTED] dom 25/09/2022 21:23

SHARE\_Data\_Statement.pdf  
543 KB

Dear SHARE Research Data Center,

My name is Ana Sofia Coelho Encarnação, and I'm currently taking my Masters Degree in Health Care Services Management at the Faculty of Economics, University of Algarve.

I'm reaching out today because, this year, I will perform my masters' thesis, in which I plan to investigate the relationship between Health-related Quality of Life and Life Satisfaction in older people in Portugal, and also to understand what factors contribute to these indicators in this population. This work also intends to test the hypothesis of the existence of a U-shaped relationship line for self-assessed health and life satisfaction in relation to age presented by Aida Tavares, in her research work «Health and life satisfaction factors of Portuguese older adults» in 2022.

In this sense, I wonder if it is possible to access data of the SHARE project to conduct my research.

Sincerely,  
Ana Encarnação

Your new SHARE Data Release CTRL account

SD SHARE Data Release CTRL [REDACTED]  
Para ANA SOFIA COELHO ENCARNAÇÃO seg 26/09/2022 11:08

Dear Ana Sofia Encarnação,

Gamze Demirel has created a new account for you at SHARE Data Release CTRL. Please click the link below to set your new password.

Your username is: [REDACTED]

<https://releases.sharedataportal.eu/users/activation/a61830%40ualg.pt/ujjHhEHmT9/1664186895>

Best regards,  
SHARE Data Release CTRL