



APNOR

Instituto Politécnico de Bragança

Mestrado em Gestão das Organizações

***“Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos
utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES
Trás-os-Montes I Nordeste”***

Maria Isabel Fernandes Praça

Dissertação apresentado no âmbito do Mestrado Gestão das Organizações Ramo da Saúde

Bragança, Fevereiro de 2012



APNOR

Instituto Politécnico de Bragança

Mestrado em Gestão das Organizações

***“Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos
utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES
Trás-os-Montes I Nordeste”***

Maria Isabel Fernandes Praça

Orientadores

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Professora Mestre Eugénia Maria Garcia Jorge Anes

Bragança, Fevereiro 2012



RESUMO

Este estudo pretende avaliar a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, numa amostra constituída por 1111 utentes, maiores de 18 anos, inscritos nos Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I – Nordeste.

Realizamos um estudo não experimental, analítico e transversal, desenvolvido com uma abordagem quantitativa, utilizando um instrumento genérico de avaliação da Qualidade de Vida - SF 36.

A amostra é maioritariamente do sexo feminino (71,4%) e a idade oscila entre 18 e 90 anos, com média de 47,6 e desvio padrão de 18,5 anos. A maioria é casada (61,8%) e 21,8% são solteiros. Quanto à escolaridade 32,0% possui o ensino básico, 14,8% não têm qualquer habilitação académica. A maior parte reside em zonas urbanas (57,4%). Profissionalmente activos 59,7%, dos quais, o grupo profissional mais frequente é pessoal dos serviços e vendedores (23,6%), 11,9% estão desempregados e 28,5% estão reformados. Têm baixos rendimentos familiares, a maioria dos utentes inferiores a 1000€, 32,7% menores que 500€. 37,69% dos inquiridos refere realizar quatro refeições dia, a maioria não pratica exercício físico (63,5%). A maioria dos inquiridos (73,0%) não consome bebidas alcoólicas e não tem hábitos tabágicos (85,0%). Mais de metade da amostra (52,0%) referem ter problemas de saúde.

Os resultados demonstram um impacto negativo de algumas variáveis sociodemográficas ao nível da percepção da qualidade de vida, mais concretamente o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, o grupo profissional e situação profissional, o rendimento familiar e a actividade física. A maioria dos inquiridos (51,7%) apresenta índices de qualidade de vida elevados. Numa análise dimensional os inquiridos apresentam maiores pontuações na dimensão funcionamento físico (74,9) e desempenho emocional (71,7).

É reconhecida a importância deste indicador quer ao nível da decisão clínica quer ao nível da gestão dos cuidados. Sugere-se a sua utilização, como indicador de excelência na prestação/gestão dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Saúde, doença, estado de saúde, qualidade de vida relacionada com a saúde.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the perception of the health-related quality of life in a sample of 1111 individuals over 18 years old followed in the health units of the ACES Alto Trás-os-Montes I - Nordeste.

The author conducted an observational study, cross-sectional analysis, with a quantitative approach, using a generic instrument of quality of life evaluation – SF-36 v2.

The sample is mostly composed of women (71,4%). Age range between 18 and 90 years old, with median age of 47,6 and standard deviation of 18,5 years. Individuals are mostly married (61,8%) and 21,8% are single. Referring to schooling, 32% has basic education and 14,8% have none academic education. The majority lives in urban areas (57,4%). Professionally actives are 59,7%, from which the most common group is services staff and salesman (23,6%), while 11,9% are unemployed and 28,5% are retired. Most of the sample individuals have family incoming wages lower than 1000€, 32,7% of which lower than 500€. More than one third of the inquired (37,69%) refer having four meals a day, and most of them have no physical activity. Most of the inquired (73,0%) does not drink alcohol and have no smoking habits. More than half of the sample (52%) refers having at least one health condition.

Obtained results demonstrate a negative impact of some demographic variables related to the perception of the quality of life, more specifically sex, age, marital status, academic habilitations, professional group and status, family income and physical activity. Most of the inquired (51,7%) show high quality of life standards. In a dimensional analysis, inquired individuals present higher scores in the physical functioning dimension (74,9) and emotional performance (71,7).

The value of this marker is acknowledged referring to clinical decision and care management. The author suggests its use as an excellence marker in health care providing/management.

Keywords: Health, disease, health condition, health-related quality of life

RESUMEN

Este estudio pretende evaluar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra formada por 1111 pacientes, inscritos en los Centros de Salud del ACES de Trás-os-Montes I, Nordeste.

Se trata de un estudio no experimental, analítico, transversal y cuantitativo, el instrumento de evaluación para la obtención de los datos fue “Calidad de Vida-SF 36”.

La muestra está formada en su mayoría por mujeres (71,4%) y la edad está comprendida entre los 18 y 90 años, con una media de 47,6 y un desvío padrón de 18,5 años. La mayoría son casados (61,8%) y 21,8% son solteros. En relación a los estudios el 32,0% acabaron la educación secundaria obligatoria (ESO), el 14,8% no tienen estudios. La mayor parte vive en zona urbana (57,4%). El 59,7% de los participantes del estudio se encuentran en activo, el sector profesional más frecuente es el de servicios y vendedores (23,6%); el 11,9% están desempleados y el 28,5% son jubilados. Los participantes dicen tener rendimientos familiares bajos, la mayoría inferiores a 1000€; en el 32,7% son inferiores a 500 €. El 37,69% de los participantes refieren realizar 4 comidas por día, la mayoría no practica ejercicio físico. El 73,0% no consumen bebidas alcohólicas y no fuman. Más de la mitad de la muestra (52,0%) dicen tener problemas de salud.

Los resultados demuestran un impacto negativo de algunas variables socio demográficas en relación a la percepción de la calidad de vida, en concreto: sexo, edad, estado civil, estudios, grupo profesional, situación profesional, rendimiento familiar y la actividad física. La mayoría (51,7%) presenta índices de calidad de vida elevados. En un análisis dimensional los participantes del estudio presentan mayores puntuaciones en la dimensión funcionamiento físico (74,9%) y desempeño emocional (71,7%).

Se reconoce la importancia de este indicador tanto a nivel de la decisión clínica, como a nivel de la gestión de los cuidados. Se sugiere su utilización como indicador de excelencia en la prestación/gestión de los cuidados de salud.

Palabras clave: salud, enfermedad, estado de salud, calidad de vida relacionada con la salud.

“A felicidade da nossa vida depende da qualidade dos nossos pensamentos.”

Marcos Aurelios Antonius

Ao meu pai, a minha irmã e ao
Toninho, pelo incentivo, para continuar
a minha carreira académica.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho só se tornou realidade graças ao contributo de várias pessoas a quem devemos o nosso agradecimento.

Ao Doutor Manuel Brás orientador da presente Dissertação pelo seu incentivo e sugestões.

A Professora Eugénia Anes co-orientadora da presente Dissertação pelo seu incentivo e sugestões.

Aos Enfermeiros dos Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I- Nordeste pelo apoio prestado nos seus locais de trabalho.

Aos utentes que responderam ao instrumento de colheita de dados, pois sem a sua colaboração não seria possível a realização do estudo

Ao Instituto Politécnico de Bragança pela possibilidade de continuar a carreira académica.

Por fim, e não menos importante, a todos os que directa ou indirectamente nos apoiaram para que este trabalho fosse uma realidade.

SIGLAS

ADDQoL - Audit Diabetes Dependent Qulaity of Life

AF – Alfandega da Fé

AS- Assimetria

AVD- Atividades de vida diária

BG- Bragança

CA – Carrazeda de Ansiães

CS – Centro de Saúde

CT- Achatamento

DALY - Disability-adjusted life-year

DC- Doença Crónica

DE- Desempenho Emocional

E.SEC – Ensino Secundário

E.SUP- Ensino Superior

ESRD — End Stage Renal Disease

FC – Freixo de Espada a Cinta

FF- Funcionamento Físico

FS – Funcionamento Social

INE- Instituto Nacional de Estatística

IQOLA - International Quality of Life Assessment

IQV- Índice de Qualidade de Vida

KDQOL-SFTM- Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form

K-W- Kruskal-Wallis

MC – Macedo de Cavaleiros

MD – Miranda do Douro

MG – Mogadouro

ML – Mirandela

MS- Mudança Saúde

M-W - Mann-Whintney

NHP- Nottingham Health Profile

NSLNE – Não sabe ler nem escrever

OMS – Organização Mundial de Saúde

QALY - Quality-Adjusted Life Years

QLQ- C30 - The quality of life –core 30

x^2 - Qui-Quadrado

QV- Qualidade de Vida

QVRS- Qualidade de vida relacionada com a saúde

SAQOL-39 – Stroke and Aphasia Quality of Life Scale

SF-36 - Study Short Form Health Survey- 36-item

SG- Saúde Geral

SIS- Stroke Impact Scale

SLEE- Sabe ler e escrever

SM – Saúde Mental

SPSS - Stastical Package for Social Scienses

SS-QOL- Stroke-specific of Quality of Life

TM – Torre de Moncorvo

VC – Vila Nova de Foz Côa

VF – Vila Flor

VM – Vimioso

VN – Vinhais

VT- Vitalidade

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
Parte I -ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1- SAÚDE	5
1.1- Evolução do conceito de saúde	10
2 – QUALIDADE DE VIDA	13
2.1- Qualidade de vida relacionada com a saúde	17
2.2- Factores determinantes da saúde	18
2.3- Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde	25
2.4- Instrumentos de avaliação da qualidade de vida	28
Parte II - ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	32
3 – METODOLOGIA.....	33
4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.1 – Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra	38
4.2 - Percepção de qualidade de vida	56
4.2.1 – Relação das características sócio-demográficas e a percepção da qualidade de vida	58
4.2.2 – Relação das características clínicas e a percepção da qualidade de vida.....	70
5- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	81
5.1- Discussão da caracterização da amostra.....	81
5.2- Discussão das hipóteses de investigação	87
5- CONCLUSÃO/ SUGESTÕES	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	98

ANEXOS	109
ANEXO I - PEDIDO AUTORIZAÇÃO APLICAÇÃO FORMULÁRIO	110
ANEXO II - FORMULÁRIO.....	112
ANEXO III - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	113
ANEXO IV - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA.....	115
ANEXO V - PERCEÇÃO DA QUALIDADE E VIDA EM FUNÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE PROVINIÊNCIA.....	119
ANEXO VI -PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DA IDADE.....	121
ANEXO VII- PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DO ESTADO CIVIL	127
ANEXO VIII - PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR	129
ANEXO IX - PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO AO NÍVEL DE INSTRUÇÃO.....	132
ANEXO X - PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL	135
ANEXO XI -137PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DO RENDIMENTO ...	137
ANEXO XII - PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE.....	140
ANEXO XIII- PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DO NÚMERO DE REFEIÇÕES	144
ANEXO XIV - QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO	146
ANEXO XV- PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO AO CONSUMO DE ÁLCOOL	148

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Um Modelo Ecológico de Saúde.....	7
Figura 2- Tipos de definição de saúde.....	8
Figura 3- Desenho da Concepção Saúde e Doença	9
Figura 4- Modelo de investigação.....	33
Figura 5- Modelo factorial SF-36 v2 com duas componentes.....	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Sexo dos Inquiridos	39
Gráfico 2- Histograma com curva normal da idade dos inquiridos.....	40
Gráfico 3- Caixa de bigodes da idade dos inquiridos segundo o Centro de Saúde	40
Gráfico 4- Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil	41
Gráfico 5 - Número de pessoas do agregado familiar	41
Gráfico 6- Número de pessoas do agregado familiar segundo o Centro de Saúde	42
Gráfico 7- Distribuição dos inquiridos segundo a escolaridade	42
Gráfico 8- Distribuição dos inquiridos segundo a profissão.....	43
Gráfico 9- Distribuição dos inquiridos segundo a situação profissional actual	44
Gráfico 10- Distribuição dos inquiridos segundo o local de residência dos inquiridos	45
Gráfico 11- Distribuição dos inquiridos segundo a posse de casa própria	45
Gráfico 12- Distribuição dos inquiridos sobre a forma de propriedade de casa.....	46
Gráfico 13- Distribuição dos inquiridos segundo o rendimento familiar	46
Gráfico 14- Análise de correspondência múltiplas sobre as variáveis sociodemográficas	48
Gráfico 15 - Distribuição dos inquiridos segundo a existência de problemas de saúde	49
Gráfico 16- Distribuição dos inquiridos segundo os problemas de saúde	50
Gráfico 17 - Histograma com curva da duração do problema de saúde	51
Gráfico 18- Caixa de bigodes da duração do problema de saúde dos inquiridos segundo o Centro de Saúde.....	51
Gráfico 19- Distribuição dos inquiridos segundo o número de refeições diárias habituais	52
Gráfico 20- Distribuição dos inquiridos segundo a prática de exercício físico regular	53
Gráfico 21- Distribuição dos inquiridos segundo a prática de exercício físico.....	53
Gráfico 22- Distribuição dos inquiridos segundo o consumo de bebidas alcoólicas	54
Gráfico 23- Distribuição dos inquiridos segundo a frequência do consumo de bebidas alcoólicas	55
Gráfico 24- Distribuição dos inquiridos segundo o hábito tabágico.....	55

Gráfico 25- Distribuição dos inquiridos segundo a frequência do consumo de tabaco	56
Gráfico 26- Histograma de distribuição da população conforme os resultados do índice de qualidade de vida	57
Gráfico 27 - Distribuição dos inquiridos segundo a comparação do seu estado de saúde actual, com o que acontecia há um ano	58

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos inquiridos por Centro de Saúde	38
Tabela 2- Distribuição dos inquiridos por sexo segundo Centro de Saúde	39
Tabela 3- Média de idades dos inquiridos.....	40
Tabela 4- Estatísticas descritivas da idade segundo o Centro de Saúde	40
Tabela 5- Número de pessoas do agregado familiar.....	41
Tabela 6- Comparação do número de pessoas no agregado familiar segundo o Centro de Saúde	42
Tabela 7- Situação profissional actual dos inquiridos em função do Centro de Saúde	44
Tabela 8- Residência dos inquiridos em função do Centro de Saúde.....	45
Tabela 9- Distribuição dos inquiridos segundo a posse de casa própria em função do Centro de Saúde.....	45
Tabela 10- Distribuição dos inquiridos segundo o rendimento familiar em função do Centro de Saúde.....	47
Tabela 11 - Distribuição dos inquiridos segundo a existência de problemas saúde em função do Centro de Saúde	49
Tabela 12 - Duração dos problemas de saúde dos inquiridos.....	51
Tabela 13- Distribuição dos inquiridos em relação a duração do problema de saúde em função do Centro de Saúde	51
Tabela 14- Distribuição dos inquiridos segundo o número de refeições diárias em função do Centro de Saúde	52
Tabela 15- Distribuição dos inquiridos em relação a prática de exercício físico regular em função do Centro de Saúde	53
Tabela 16- Comparação da prática regular de exercício físico em função do Centro de Saúde	53
Tabela 17- Distribuição dos inquiridos segundo o consumo de bebidas alcoólicas em função do Centro de Saúde	54
Tabela 18- Distribuição dos inquiridos segundo os hábito tabágico em função do Centro de Saúde.....	55
Tabela 19- Distribuição dos inquiridos segundo a frequência do consumo de tabaco em função do Centro de Saúde	56

Tabela 20- Caracterização global do índice qualidade de vida.	57
Tabela 21- Média das dimensões da escala de qualidade de vida SF-36 v2	58
Tabela 22- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao Centro de Saúde de proveniência dos inquiridos.	59
Tabela 23- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao sexo	60
Tabela 24- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao sexo por dimensões	60
Tabela 25- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à idade	61
Tabela 26- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao estado civil	62
Tabela 27- Percepção da qualidade de vida: Sf-36 v2 em relação ao estado civil por dimensões	63
Tabela 28- percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao agregado familiar	64
Tabela 29- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao agregado familiar	64
Tabela 30- Percepção da qualidade vida: SF-36 v2 em relação ao nível de instrução.	65
Tabela 31- Percepção da qualidade de vida SF-36 v2 em relação ao nível de instrução por dimensões.....	66
Tabela 32- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à situação profissional	66
Tabela 33 - Percepção da qualidade de vida: SF 36 v2 em relação à situação profissional por dimensões.....	67
Tabela 34 - Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à área de residência	68
Tabela 35- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao local de residência por dimensões.....	68
Tabela 36- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 percepção da qualidade de vida em relação ao rendimento	69
Tabela 37- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao rendimento por dimensões	69
Tabela 38- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação aos problemas de saúde.....	70
Tabela 39- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ter algum problema de saúde por dimensões.....	71

Tabela 40- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao número de doenças associadas.....	71
Tabela 41- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação aos problemas de saúde.....	72
Tabela 42- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação às doenças dos inquiridos.....	73
Tabela 43 - Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação aos anos de doença	73
Tabela 44 - Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação aos anos por dimensões	74
Tabela 45- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao regime alimentar .	75
Tabela 46- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao regime alimentar .	75
Tabela 47- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à prática de actividade física	76
Tabela 48- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação a prática de actividade física	76
Tabela 49- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à frequência da prática de actividade física.....	76
Tabela 50- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao consumo de álcool.	77
Tabela 51- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao consumo de álcool	77
Tabela 52- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação a frequência de consumo de álcool	78
Tabela 53- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à frequência de consumo de álcool	78
Tabela 54- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao consumo de tabaco	79
Tabela 55- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao consumo de tabaco	79
Tabela 56- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à quantidade de consumo de tabaco.....	80
Tabela 57- Percepção da qualidade de vida: Sf-36 v2 em relação à quantidade de consumo de tabaco.....	80

INTRODUÇÃO

A saúde é um conceito globalizante, integra várias áreas do conhecimento, social, económico, político, cultural e humano, pois pressupõe um conceito holístico da pessoa.

“A saúde é uma noção temporal, porque a experiência de saúde dá a conhecer a saúde e evolui com experiências futuras, sendo determinada pelo tempo e não podendo ser explicitada uma vez por todas” (Silva & Coutinho, 2000, p.38).

É algo que se adquire dentro de um intervalo de tempo específico, é um processo contínuo, ao longo da vida, em que são desenvolvidos aspectos ou dimensões corporais, mentais e sentimentais, inter-relacionados harmoniosamente. Mais que a mera ausência de doença ou de capacidade, saúde implica integralidade e funcionamento do organismo e integração social (Joia, Ruiz & Donalísio, 2008).

Segundo Albuquerque e Matos (2006) saúde é um desafio, um conceito dinâmico, difícil de definir e medir. Pode dizer-se que é um estado, uma qualidade de vida influenciada por múltiplos factores ou físicos, mentais, sociais, económicos e ambientais.

A qualidade de vida é uma preocupação da sociedade contemporânea, onde existe um interesse crescente sobre o bem-estar das pessoas.

O crescente interesse por esta área, na sociedade actual torna a qualidade de vida um tema e um termo popular, sendo muito usado por pessoas, dos mais diferentes quadrantes. A sua utilização por especialistas, leigos, gente mais e menos culta faz com que esta meta esteja sujeita a várias interpretações (Ribeiro, 2005).

Ao longo dos tempos “as ciências sociais, humanas e económicas têm dado um contributo importante para o estudo da saúde e do bem-estar das populações” (Albuquerque & Matos, 2008, p. 184).

A qualidade de vida é o “grau de consciência entre a vida real e as expectativas do indivíduo, reflectindo a satisfação de objectivos e sonhos do próprio” (Calmeiro & Matos, 2004, p. 50). Esta abordagem é centrada na percepção dos indivíduos onde está inerente a noção de saúde. Assim entre os múltiplos e distintos factores que podem influenciar a qualidade de vida das populações, existe uma ênfase particular sobre aspectos relacionados com a saúde (Vintém, 2008).

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um subconjunto dos aspectos da qualidade de vida, relacionados na existência individual, com o domínio da saúde (Ferreira, 2008). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde é uma dimensão da nossa qualidade de vida.

A caracterização do estado de saúde de uma população constitui uma tarefa de grande complexidade, que advém do próprio conceito de saúde. A OMS instituiu um conceito abrangente definindo a saúde não apenas a ausência de doença ou simplesmente desequilíbrio na saúde, mas o perfeito bem-estar físico, mental e social (Oliveira, 2009).

Para Appels *et al.* (1996, citado por Oliveira, 2009) a percepção do estado de saúde encontra-se fortemente relacionada com a saúde do indivíduo, o que sugere que o estado de saúde subjectivo pode ser utilizado como *proxy* da avaliação objectiva). Segundo a OMS, este indicador engloba diversos aspectos da vida do indivíduo, nomeadamente ao nível da saúde física, cognitiva e emocional.

Medir o estado de saúde de populações permite definir níveis de comparação entre grupos, detectar injustiça em relação a condições de saúde, por diferentes patologias, áreas geográficas, condições sociais, condições económicas ou ainda relativas ao género e à idade (Ferreira & Santana, 2003).

A avaliação da qualidade de vida começa assim a fazer parte da prática clínica, para medir problemas que interferem no bem-estar e na vida dos doentes, constituindo-se como medidas efectivas para a avaliação terapêutica de doentes e de grupos de doentes (Anes & Ferreira, 2009).

Os profissionais de saúde, “em qualquer área de actuação, necessitam avaliar a auto-percepção de saúde, uma vez que estas avaliações poderão nortear os sistemas económicos, políticos e sociais e as tomadas de decisão” (Lorenzi, Saciloto, Artico & Fontanal, 2009, p.52). Esta é também, uma das razões que justifica o nosso estudo.

Assim, com a presente investigação, pretendemos encontrar subsídios que nos permitam dar resposta à nossa questão de investigação **“Qual a auto-percepção da qualidade de vida da população que frequenta os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I – Nordeste?”**, tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Pelo que, traçamos os seguintes objectivos:

- Avaliar a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde nos indivíduos inscritos no ACES Trás-os-Montes I – Nordeste, através da aplicação do Instrumento de Avaliação de Saúde (SF-36 v2);
- Relacionar o índice de qualidade de vida com as variáveis sócio-demográficas e clínicas dos utentes inscritos no ACES Trás-os-Montes I – Nordeste.

No contacto com utentes de diferentes grupos; etários, socioprofissionais e com diversos estilos de vida, têm-se verificado percepções muito díspares, e em muitos casos não coincidentes com a avaliação efectuada pelos profissionais de saúde, facto que motivou este estudo.

Procurámos identificar factores potenciadores da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, fornecendo subsídios à tomada de decisão, promovendo a melhoria da gestão e qualidade da prática dos cuidados, visando elevar o nível de saúde da população. Pelo que os resultados obtidos serão facultados aos gestores das unidades de saúde, através do ACES Trás-os-Montes I – Nordeste, de forma a poderem ser equacionados na tomada de decisão, relativamente à qualidade dos cuidados a prestar à população em apreço, e se necessário, a conveniente reorganização dos serviços.

Ao pretender avaliar a “Qualidade de vida relacionada com a saúde: de acordo com a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I – Nordeste”, optámos por realizar um estudo descritivo de cariz transversal e analítico com uma abordagem quantitativa.

A população do nosso estudo é constituída por todos os indivíduos com mais de 18 anos, inscritos nos Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I – Nordeste. A amostragem é não probabilística, acidental, constituída por todos os utentes que, com mais de 18 anos de idade, conscientes e orientados, aos quais foi solicitado consentimento, aceitaram voluntariamente participar no estudo e obedeciam aos critérios de inclusão. A colheita de dados decorreu nos Centros de Saúde na semana de 19 a 23 de Julho de 2010.

Para avaliar a auto-percepção do estado de saúde da população foi utilizado como instrumento de colheita de dados, a escala SF-36 v2 já validada para a população portuguesa (Ferreira, 2000). É um questionário genérico de saúde, com 36 itens, agrupados em oito dimensões correspondentes às funções física, emocional e social, aos desempenhos físico e emocional, à dor, à saúde em geral e à vitalidade. Foram incluídas algumas questões sócio-demográficas e clínicas que nos permitiram mais facilmente traçar o perfil do utente.

A análise dos dados foi efectuada por via informática, utilizando para o efeito o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 18.0 com recurso a estatística descritiva e inferencial.

Este trabalho está estruturado em 2 partes, uma teórica e outra empírica. Para a fundamentação teórica recorreremos a inúmeras fontes bibliográficas actuais. Procurámos construir um quadro conceptual abrangendo de forma sistematizada a área em estudo, de acordo com os objectivos da investigação. São abordados os temas saúde, qualidade de vida, factores que influenciam a qualidade de vida, avaliação da qualidade de vida e instrumentos de avaliação da qualidade de vida. O quadro empírico resulta da aplicação do instrumento de colheita de dados já referido. É constituído pela metodologia, apresentação e análise dos dados, discussão dos resultados e conclusões.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- SAÚDE

Numa perspectiva etimológica a palavra saúde deriva da raiz latina “*Sanus*” que significa “são”.

Após a criação da OMS (1945), a saúde passou a ser considerada “um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condições económicas e sociais” (Ferreira, 1989, p.24), e foi aceite o princípio da ajuda mútua entre os países. Doravante, as preocupações com a saúde dos povos foram sendo cada vez mais sentidas, reunindo sucessivamente responsáveis pela saúde de vários países, no sentido de reflectirem sobre a saúde, os factores que a determinam e a forma de os controlar.

Segundo a OMS (1946) citado por Ferreira (1989, p.21) saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Esta definição é bastante abrangente, envolvendo também aspectos socioeconómicos, para além da saúde física e mental. Alvo de inúmeras críticas, pois definir a saúde como um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível.

A saúde é um factor essencial da vida humana, capaz de providenciar ao indivíduo um estado de bem-estar, que lhe garanta um desempenho satisfatório em diversos planos: a nível físico, psicológico e social (Nunes & Rego, 2002).

Saúde é a capacidade de cada ser humano, criar e lutar pelo seu projecto de vida, em direcção ao bem-estar. A saúde possui um carácter dinâmico, pois tem em conta a capacidade funcional do Homem (Déjours, 1986 referido por Carvalho, 2007). Esta visão positiva de saúde traduz o abandono do conceito negativo, associado ao Modelo Biomédico (Reis, 2002). Ter saúde, significa ter a oportunidade de uma vida social e economicamente produtiva. Daí a menção não apenas à componente de bem-estar físico e mental mas também à inclusão da componente de interacção e bem-estar social (Barros, 2009).

Para a maioria das pessoas estar de boa saúde é ter capacidade de desenvolver as suas actividades de vida diárias. É possível a presença simultânea de saúde e de certas doenças, numa fase precoce, ainda sem sintomatologia, nem limitação funcional.

A Ordem dos enfermeiros (2001, p. 5) refere que “a saúde é o estado, e simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto, emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-

se de um estado subjectivo; portanto, não podendo ser tido como conceito oposto ao conceito de doença”.

O conceito de saúde pode referir-se a diferentes acepções, ainda que divergentes do ponto de vista conceptual mas, apesar de tudo, indissociável. Trata-se de diferentes aproximações: uma perspectiva médica, ausência de doença; uma perspectiva psico-social, ausência de mal-estar, estado de segurança e conforto; uma perspectiva político-legal, garante do equilíbrio das pessoas e da comunidade e uma perspectiva económica, factor de impacto a nível da afectação de recursos na sociedade e de desenvolvimento económico (Nunes & Rego, 2002).

Um estudo realizado em Cambridge, encontrou vários conceitos de saúde: *Saúde como não estar doente*, esta era a descrição mais comum de saúde, ou seja, saudável seria aquele que não sofria de nenhuma doença, não tinha sintomas, não ia ao médico; *Saúde como ausência de doença/saúde apesar da doença* - nesta perspectiva, as pessoas saudáveis eram-no porque não tinham doenças graves ou doenças que as levassem ao hospital, incluía ainda pessoas que tinham doenças crónicas (diabetes), mas que funcionavam ou se sentiam bem; *Saúde como reserva* – referia-se àquelas situações em que as pessoas quando adoeciam recuperavam rapidamente porque tinham uma boa reserva de saúde; *Saúde como comportamento, saúde como uma vida saudável* – abrangia os que tinham comportamentos virtuosos de saúde, não fuma, não bebe, faz exercício; *Saúde como capacidade física* – nesta vertente, é vista como força, poder atlético, capacidade para praticar desporto ou actividades extenuantes; *Saúde como energia, vitalidade* – combina a existência de capacidade física com a sensação de energia ou de vitalidade; *Saúde como relação social* – implicava estar e sair com pessoas, participar em eventos, ser membro de grupos sociais; *Saúde como capacidade funcional* – implica uma ideia de saúde como capacidade de fazer as actividades do dia-a-dia, seja trabalho árduo durante muito tempo, seja no domínio social ou outros; *Saúde como bem-estar psicossocial* – está próxima de uma fusão dos últimos três modos de conceber a saúde. Mas esta categoria salienta a expressão de saúde como um estado mental mais do que como acção (Baxter, 1995 citado por Ribeiro, 2005).

A percepção do estado de saúde depende das expectativas, experiências e actividades desenvolvidas em cada vivência, é única e individual.

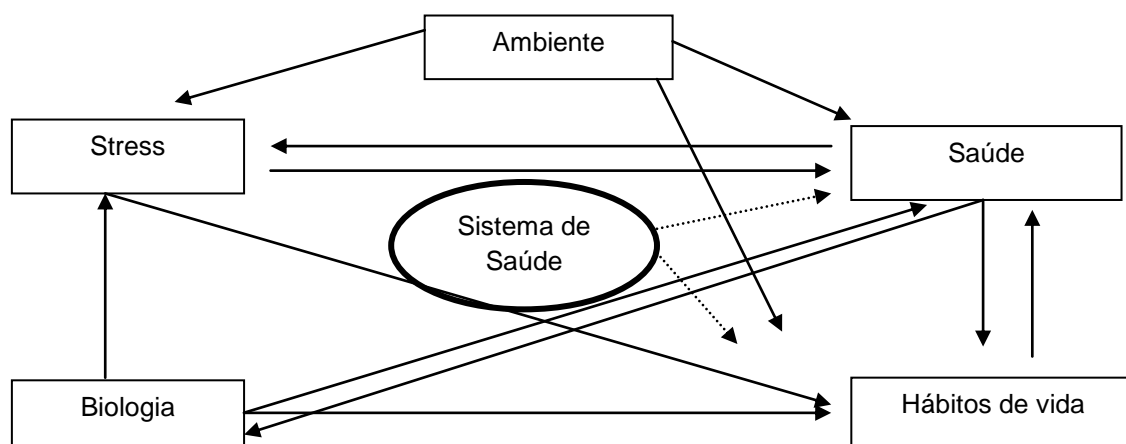
A saúde oferece a integridade dos sentidos, a disponibilidade do corpo e da mente, o suporte emocional, estimula a cooperação, a amizade, possibilita a realização de tarefas socialmente desejáveis e o uso do tempo livre de uma forma adequada, criativa, mantendo a força e a resistência necessária para enfrentar frustrações (Márties, 2003). Cada pessoa tem uma vivência, uma percepção sobre o que é a saúde, de acordo com o que se considera normal, atendendo à experiência pessoal, ao nível cultural, social e económico, à religião e estilos de vida, etc.

Numa perspectiva ecológica, a saúde é considerada um elemento fundamental na evolução das espécies vivas não é suficiente estar vivo, é essencial que haja energia e vigor para actuar, que

haja relaxamento e calma para reflectir num estado de vigilância activa, mesmo na ausência de acção, que haja expectativas de futuro, desejo que haja equilíbrio entre eles e o ambiente onde tudo ocorre (Oliveira, 2009).

Segundo Cortina e Llopies (1988, p. 143) “a saúde é uma interligação (Figura 1) entre o ambiente, stress, biologia, hábitos de vida, e sistema de Saúde”.

Figura 1- Um Modelo Ecológico de Saúde



Fonte: Cortina & Llopies (1988). *Ecologia Y salud humana* (143). Revista *Medicina Preventiva y Salud Pública*, 8, 137-146.

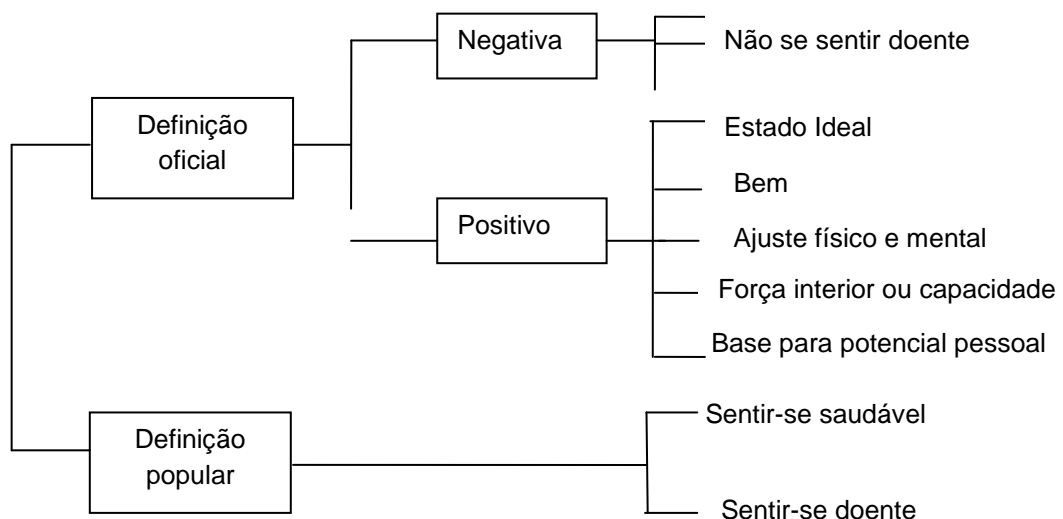
Grossman (1972) refere que a saúde pode ser percebida como parte do enfoque de capital humano, que deprecia com a idade e pode ser prolongado através de investimentos. A saúde pode ser considerada como qualquer bem ou serviço que atinge de forma directa ou indirecta o estado de saúde, o recurso a serviços médicos, a prática de exercício físico, dietas, hábitos tabágicos e consumo de bebidas alcoólicas (aludido por Costa, 2008). A saúde é como um bem de consumo na medida em que dá satisfação e, é como um bem de investimento porque aumentando o seu *stock* diminuem os dias de incapacidade, permitindo um maior nível de rendimento (Grossman, 1972 referido por Barros, 2009).

É fundamental considerar que a saúde implica a capacidade de adaptação contínua às alterações constantes das necessidades, expectativas e incentivos, uma vez que todos os aspectos da saúde estão inter-relacionados e são interdependentes (Gaspar, 2006). A mesma opinião é manifestada por Costa e López (1998), ao referirem que “o novo conceito de saúde implica dar poder ao indivíduo para que este se desenvolva e influencie positivamente o meio que o envolve, e que o termo *poder* se refere à capacidade de tomar decisões que afectam a vida e os determinantes pessoais e ambientais de saúde, e à capacidade de adaptação contínua às novas e dinâmicas exigências do meio” (Gaspar, 2006, p.14).

A saúde pode ser vista quer como um objectivo *per si*, quer como um meio, na medida em que os responsáveis pelo sistema de cuidados de saúde despendem largas verbas na sua sustentação. O poder político tende a encarar e ver a saúde, entendida, principalmente, como ausência de doenças, como o objectivo principal, quanto melhor for a saúde dos indivíduos, menos gastará nos serviços de saúde e maior será a produtividade de uma economia. Um nível elevado de saúde permite disponibilizar mais energia, durante mais tempo, para se empenhar nas actividades do dia-a-dia, sejam elas de âmbito do laboral, vida familiar, relações sociais, actividades de lazer, culturais ou outras. Assim uma melhor saúde permite viver a vida durante mais tempo com mais vivacidade e qualidade (Ribeiro, 2005).

Como qualidade ou estado pessoal, a saúde tem sido muito valorizada e procurada ao longo da história da humanidade. Por esta razão muitos são aqueles que têm tentado defini-la e medi-la com precisão, envolvendo-se numa tarefa de difícil conclusão. Não havendo uma única maneira de olhar e de definir o conceito de saúde. Aggleton (1990) referido por Ferreira (2000) dividiu as várias maneiras de definir saúde em dois tipos, conforme o apresentado na Figura 2 distinguindo as definições oficiais das chamadas opiniões populares. As primeiras correspondem às perspectivas dos clínicos e de outros profissionais de saúde; as segundas, às percepções populares de saúde dos que não estão envolvidos profissionalmente nas áreas da saúde. Ambas as perspectivas, embora competindo, coexistem e trocam informação entre si. As próprias percepções populares são por vezes usadas pelos profissionais de saúde como apoio às tomadas de decisão. A saúde é, portanto, uma qualidade relativa.

Figura 2- Tipos de definição de saúde



Fonte: Ferreira, P.L. (2000). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36* (p.13). Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

A saúde, sendo um bem individual e social, deve ser encarada como um investimento, da e na própria sociedade, de forma a permitir um desenvolvimento harmonioso entre os seus na própria sociedade, de diferentes agentes.

Durante muito tempo a saúde foi considerada como o oposto da doença, encarando exclusivamente, as perturbações físicas ou biológicas e vistas como um acontecimento accidental, que atingia o organismo, sem haver possibilidade de desencadear qualquer tipo de reacção que o pudesse evitar (Carvalho & Carvalho, 2006).

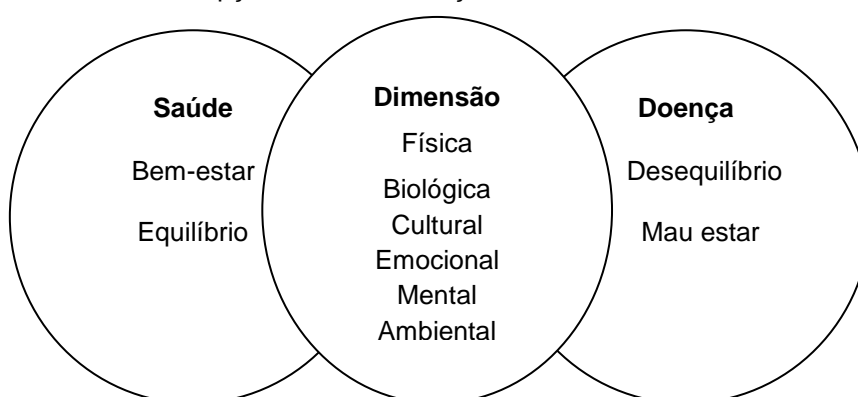
A doença é uma “falha de saúde geralmente acompanhada de sofrimento, é uma situação corporal e espiritual exactamente oposta à da saúde” (Ferreira, 1989, p.29)

Barondesse (1979), citado por Ribeiro (2005, p. 55) “vê a doença segundo três aspectos: ter uma doença, sentir-se doente e comportar-se como doente”.

Ter uma doença, pode ser encarado com um acontecimento biológico, caracterizado por mudanças anatómicas, bioquímicas, fisiológicas ou pela associação destes mesmos factores. Um indivíduo pode sentir-se doente sem apresentar qualquer indício de doença, este pode ter alguma doença sem se sentir doente. Por outro lado, a pessoa também pode comportar-se como o doente, sem no entanto padecer de doença. (Ribeiro, 2005). Pelo que se pode concluir que saúde e doença são dois conceitos e duas realidades indissociáveis.

A saúde está decisivamente relacionada com o bem-estar e a doença como um desequilíbrio, ambos com repercussões e implicações em diferentes dimensões, física, psicológica, cultural, emocional, ambiental, económica e espiritual (Araújo, 2006) (Figura.3).

Figura 3- Desenho da Concepção Saúde e Doença



Fonte: Araújo (2006). *Saúde, Doença e educação para a Saúde: Uma Perspectiva* (p. 15). *Revista Sinais Vitais*, 67, 13-16.

A saúde é um bem que traduz dias saudáveis, a diminuição de dias de doença e gastos nos serviços de saúde, possivelmente com rendimentos marginais decrescentes (Barros, 2009).

1.1- Evolução do conceito de saúde

Respeitando a Hipócrates, 460 anos antes de Cristo, a primeira interpretação natural do binómio saúde/doença, substituindo a causalidade divina pela causalidade física. Hipócrates explica as origens da doença a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Durante longo período de tempo e até meados de século XVI, dominaram estas duas interpretações.

Seguindo uma perspectiva histórica, McDowell e Newell (1987) referidos por Ferreira (1998) apresentam a evolução dos conceitos relacionados com a saúde nos últimos 150 anos. Inicialmente a saúde era definida em termos de sobrevivência, mais tarde foi vista como a negação de doença e depois como algo de positivo e resultante de uma força interior existente em cada um de nós.

O conceito de saúde e de doença, ao longo da história da humanidade, tem adquirido compreensões diversas que partiram de construções sobre os significados da natureza do corpo, as funções e a sua estrutura, sobre as relações corpo, espírito pessoa e ambiente (Ferreira, 1998).

Ribeiro (2005) considera cinco grandes períodos: período pré cartesiano, até ao século XVII; período científico ou de início de desenvolvimento do pensamento científico e o Iluminismo; a primeira revolução da saúde, com o desenvolvimento da saúde pública que se desenvolveu no século XIX; a segunda revolução da saúde, iniciada na década de 1970, com a evidência da multicausalidade associada às principais causas de morbi-mortalidade, e à importância que o comportamento desempenha nessas causas; terceira revolução da saúde, associada à necessidade da redução dos custos e ao aumento de um novo padrão de doenças, as doenças crónicas no idoso.

O período pré-cartesiano inclui todas as concepções de saúde desde a origem do homem até à Renascença. A prática médica implicava a compreensão da natureza do ecossistema humano. O médico era mais do que um técnico, era também um filósofo, professor e sacerdote, o que facilitava a compreensão holística da relação saúde – doença (Ribeiro, 2005).

Na Idade Média, a saúde também era concebida numa perspectiva ecológica, é disso exemplo a definição de saúde apresentada por São Tomás de Aquino, na *Summa Theologica*, como um hábito ou uma disposição habitual relativamente à natureza. Trata-se de uma concepção holística de saúde. O pensamento ecológico que dominava o pensamento do homem foi progressivamente abandonado, regressando na segunda metade do século XX (Ribeiro, 2005).

Galileu, Newton e Descartes enunciam, na época os princípios básicos da ciência, defendendo o modelo cartesiano ou mecanicista, que considerava o universo inteiro, incluindo o homem, como

uma máquina, que funcionava de acordo com as leis da matemática. É nesta altura que se instala o modelo biomédico. Este baseia-se em grande parte, na visão cartesiana do mundo e considera a doença como a avaria temporária ou definitiva de um componente ou da relação entre os componentes de um corpo. Este modelo vem responder às grandes questões de saúde da época e reorientar a prática e a investigação médica (Ribeiro, 2005).

Após a Revolução Industrial, alterações no sistema de produção e conseqüentes mudanças sociais e demográficas, levaram a um desequilíbrio ecológico, que esteve na origem das grandes epidemias que surgiram na época como a tuberculose, sarampo, gripe, entre outras (Ribeiro, 2005).

A primeira revolução da saúde caracteriza-se pela aplicação do modelo biomédico à prevenção das doenças. Inúmeras descobertas foram feitas em finais do século XIX, no domínio da física, química e biologia, que abriram novos caminhos à medicina. A ciência tem à sua disposição a partir deste momento instrumentos e metodologias de investigação que permitiram, desenvolver uma abordagem analítica, permitindo a separação corpo/espírito, doente/doença, espartilhando as regiões do corpo, identificando o normal e o patológico. Nesta altura em que a doença deixou de ser encarada e definida numa perspectiva holística, o modelo biomédico domina, devido essencialmente ao crescimento da investigação em fisiologia experimental (Ribeiro, 2005).

Os serviços de saúde, no princípio do século XX estavam estruturados e vocacionados para atender doentes, respondendo às necessidades das populações em termos de doenças, sendo os médicos considerados os principais responsáveis pela saúde de cada um (Collière, 1989).

Após a II Guerra Mundial, o mundo tornou-se mais acessível e próximo. Os anseios das pessoas de terem uma vida cada dia melhor tornaram-se legítimas, uma vez que o desenvolvimento que se fez sentir afectou não apenas a área da saúde, mas toda a sociedade (Carvalho & Carvalho, 2006).

Como refere Ribeiro (2005) na década de 70 do século XX ocorreu um período de maior centralização na Saúde, conhecido como a Segunda Revolução da Saúde, que emergiu sobretudo da evidência de que as principais causas de mortalidade e morbidade estavam associadas ao comportamento humano. Desde então o termo “saúde” passou a abranger não só as doenças mas sobretudo a intervenção que se faz com as pessoas que estão saudáveis, de forma a reduzir a probabilidade de estas virem a adoecer. A saúde passa a ser vista como um recurso para a vida de todos os dias, e uma dimensão da qualidade de vida (Gaspar, 2006).

As mudanças que ocorreram nas últimas décadas na política, economia, movimentos sociais e nas ciências médicas, entre outras, impuseram uma nova revolução.

A terceira revolução da saúde decorre dos efeitos da segunda revolução da saúde e da incapacidade desta em dar resposta ao aumento da esperança média de vida, pois em 1920 a

esperança média de vida era de 35,8 anos para os homens e 40,0 para as mulheres, no final do século XX situava-se, perto dos 70 e 80 anos para homens e mulheres respectivamente (Ribeiro, 2005).

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde (Carta de Ottawa, 1986).

O estudo da saúde é um desafio, sendo um conceito dinâmico, difícil de definir e medir, estando intimamente relacionado com a qualidade de vida, valorizando-se cada vez mais como indicador, a qualidade de vida relacionada com a saúde (Albuquerque & Matos, 2006, Jóia et al, 2008).

2 – QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é um conceito holístico que abrange múltiplos significados, reflectindo conhecimentos, experiências e valores, individuais e colectivos.

O termo qualidade de vida é geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (Seidl & Zannon, 2004, Oliveira, 2009)

Interpretar, qualidade de vida não é tarefa simples, pois a ideia é complexa, ambígua e difere conforme as culturas, a época, o indivíduo e até num mesmo indivíduo modifica-se com o tempo e as circunstâncias, o que hoje é boa qualidade de vida, pode não ter sido ontem e poderá não ser daqui a algum tempo (Leal, 2008).

A qualidade de vida é frequentemente comparada com o de bem-estar psicológico e social em geral, extremamente ambíguo e amplo, que vai para além da mera condição física, incluindo outros aspectos importantes da vida humana (Bowling, 1995; Amorim, 1999; 2007).

Em 1920, Pigou no seu livro de economia e bem-estar discute o suporte governamental para as classes menos favorecidas, bem como o impacto na vida das pessoas e nas finanças nacionais. Iniciando-se o uso do termo qualidade de vida associado à economia (Sampaio, 2007).

Há indícios de que o termo qualidade de vida surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30 do século XX segundo um levantamento de estudos que tinham por objectivo a sua definição e que faziam referência à avaliação da qualidade de vida (Seidl & Zannon, 2004).

Após a 2.^a Guerra mundial o conceito de qualidade de vida foi utilizado para caracterizar a porção de bens materiais adquiridos pelas pessoas. Nos anos 50 do século XX, com a evolução tecnológica, os investigadores focaram-se no campo da saúde, educação e economia (Sampaio, 2007).

Ainda no século XX, na década de 70 emerge o interesse científico sobre a qualidade de vida com a publicação do relatório da “*Commission on National Goals*”. Nesta época pós guerra, este relatório tinha subjacente a preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar da população (Ribeiro, 2005). Em 1976 Campbell tentou explicitar as dificuldades em qualificar qualidade de vida

referindo que era uma vaga entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é (Seidl & Zannon, 2004).

A partir de 1980 do século XX, a noção de qualidade de vida acompanhada de estudos empíricos envolve diferentes dimensões evidenciando a tendência de usar definições focalizadas e combinadas, pois são estas que podem contribuir para o avanço do conceito em bases científicas (Seidl & Zannon, 2004).

No início de 1990, Fanquhar (1995) propôs uma taxonomia das definições de qualidade de vida dividida em quatro tempos: Definição global, primeiras definições que aparecem na literatura, predominam até meados da década de 80 do século XX, muito gerais, não abordam possíveis dimensões do construto, não há operacionalização do conceito, tendem a centrar-se apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida. Definição com base em componentes, surge nos anos 80 do mesmo século, inicia-se o fraccionamento do conceito global em vários componentes ou dimensões, a periodização de estudos empíricos e a operacionalização do conceito. Definição focalizada, valoriza componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde, dá ênfase a aspectos empíricos e operacionais, desenvolveram-se instrumentos diversos de avaliação da Qualidade de vida. Definição combinada, incorpora aspectos dos Tipos II e III, favorece aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões, dá ênfase a aspectos empíricos e operacionais, desenvolveram-se instrumentos de avaliação global e factorial (Sampaio, 2007).

A literatura apresenta muitas definições, conceptualmente diferentes e com implicações de avaliação diferentes. Umase baseiam-se na satisfação com diversas áreas da vida, outras do bem-estar, outras na funcionalidade, outras no diferencial entre o que o indivíduo tem e o que deseja ou espera ter (Pires, 2009).

O mundo ocidental, quase até ao final do século XX, descreveu e avaliou o bem-estar das suas populações em termos económicos. O Banco Mundial procurar expressar o bem-estar da população através do rendimento *per capita* (Silva, 2003).

Diversos autores fora do campo da saúde, em estudos dirigidos à população, iniciam especificações sobre as componentes da qualidade de vida, o que mais uma vez vem a reforçar a ideia da qualidade de vida como conceito muito alargado, que inclui de forma complexa a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de autonomia e independência, as suas representações e crenças, as relações sociais, bem como a sua relação aos diversos elementos essenciais do seu ambiente (Pires, 2009).

Qualidade de vida é o “grau de consciência entre a vida real e as expectativas do indivíduo, reflectindo a satisfação de objectivos e sonhos do próprio indivíduo” (Sampaio, 2007, p. 1).

O grupo de estudos sobre a qualidade de vida da (OMS 1994), citado por Pires (2009, p.115) definiu o conceito como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, valores, padrões e preocupações”. O conceito tem sido interpretado em diversas perspectivas, incluindo o bem-estar físico, psicológico e espiritual, além de aspectos sociais, económicos e políticos.

Passou a ser conceptualizada não só enquanto objectivo individual, mas também como objectivo social importante, o que se reflecte nos estudos epidemiológicos, descrevendo a saúde subjectivamente percebida e o nível social de uma dada população; nos ensaios clínicos, comparando intervenções tendo em conta a qualidade de vida e estudos de economia da saúde, avaliando os benefícios dos tratamentos (Silva, 2003).

Na perspectiva económica, qualidade de vida diz respeito ao suporte financeiro e aos bens materiais que cada indivíduo possui, bem como os sentimentos que a eles se encontram associados. No entanto alguns indivíduos consideram possuir qualidade de vida a nível económico, apesar de não possuírem muitos recursos financeiros, enquanto outros, pelo contrário, apesar de possuírem numerosos recursos financeiros não se consideram com qualidade de vida (Leal, 2008).

Dos vários modelos de qualidade de vida, Lima (2002) referido por Pires (2009), destaca o Modelo Psicológico, no qual a percepção do doente, de como as incapacidades provocadas pela doença influencia a sua qualidade de vida, numa tentativa de traduzir o estado psicológico sendo indissociável do físico; o Modelo Teórico de Beck, apesar de valorizar o estado psicológico, dá maior ênfase ao psíquico, o carácter subjectivo e a intenção de tratar, havendo uma relação directa entre o grau de desconforto psicológico e a qualidade e quantidade de vida; No Modelo de Utilidade, o utente faz uma escolha entre a qualidade e a quantidade de vida, sendo explorado neste modelo o risco que o utente pode ter perante um procedimento perspectivando uma melhor vivência; Modelo baseado nas necessidades do individuo, postulando este modelo que a vida ganha em qualidade consoante a capacidade e habilidade do indivíduo em satisfazer as suas necessidades; Modelo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, em que a doença só significa problema quando interfere com a capacidade de desempenho, assumindo este modelo que a saúde é a variável mais influente na qualidade de vida.

A OMS (1995), citado por Sampaio (2007) refere que apesar de não haver um significado consensual do conceito de qualidade de vida, existe entre os investigadores o consenso acerca de algumas características e subjectividade, tratando-se de considerar a percepção da pessoa sobre aspectos da sua vida, a avaliação de cada indivíduo sobre a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas com a qualidade de vida, só pode ser avaliada pela própria pessoa; a multidimensionalidade, é composta por diferentes dimensões (dimensão física é a percepção do indivíduo sobre a sua condição física; dimensão psicológica é a percepção do indivíduo sobre a sua condição afectiva e cognitiva; dimensão social é a percepção do indivíduo sobre os

relacionamentos sociais e os papéis sociais adoptados na vida; dimensão ambiental – a percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados com o ambiente onde vive).

Hoje, persiste ainda uma diversidade de conceitos e opiniões sobre a definição de qualidade de vida, parecendo no entanto haver consenso quanto a alguns aspectos conceptuais, que podem ser descritos da seguinte forma: integrar domínios relacionados com o bem-estar; conter mais que uma dimensão ou categoria, podendo haver inter-relação entre eles; integrar factores objectivos externos à pessoa; ser influenciado pela idade, sexo, raça, cultura e estatuto socioeconómico; integrar uma visão holística que permite compreender o que é importante para cada indivíduo; ser baseado nas percepções individuais; reflectir a necessidade dos indivíduos terem escolhas e controle pessoal nas actividades e intervenções, uma forma de *empowerment* que lhes permite um controle individual (Pires, 2009).

Os representantes da medicina holística afirmam que a qualidade de vida tem impacto sobre a saúde. Não sendo elementos estáticos, nem independentes, saúde e doença, constituem um processo global, em que os factores estão em constante interacção e influenciam um equilíbrio instável (Pires, 2009).

Existem dois grandes tipos de qualidade de vida que guardam entre si uma relação de complementaridade: a qualidade de vida não relacionada com a saúde e a qualidade de vida relacionada com a saúde (Pimentel, 2003).

A qualidade de vida não relacionada com a saúde inclui quatro domínios: pessoal interno (ex. valores e crenças, desejos e objectivos), pessoal social (ex. estrutura da família, situação financeira), externo meio envolvente (ex. clima, ar) e externo social (instituições culturais, escolas) (Pimentel, 2003).

Na avaliação da qualidade de vida global, a percepção individual do estado geral de saúde é o mais importante em relação a todas as outras vivências (Pimentel, 2003). Pelo que de entre os múltiplos e distintos factores que podem influenciar a qualidade de vida das populações, dá-se uma ênfase aos aspectos relacionados com a saúde, sendo cada vez mais importante compreender o significado da qualidade de vida relacionada com a saúde (Sampaio, 2007).

O conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde (do inglês, Health-related quality of life), utilizado actualmente, é um subconjunto mais amplo, e refere-se à função do paciente em perceber a sua performance em quatro dimensões: física, funcional, psicológica e social. Para além dos aspectos físicos, mental e social, existem novas considerações em relação à percepção pessoal, crenças pessoais, religiosidade e espiritualidade que necessitam serem incorporadas ao conceito relacionado à saúde (Oliveira & Orsini, 2009).

Qualquer avaliação de qualidade de vida deve incluir dimensões positivas e negativas, dando assim ênfase às percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões. Como exemplo de

dimensões positivas pode-se abordar a mobilidade e a autonomia. Das dimensões negativas fazem parte, por exemplo, a dor, a fadiga e a dependência (Santos, 2009).

2.1- Qualidade de vida relacionada com a saúde

Com o aumento da esperança de vida à nascença, no decorrer do século XX, dobrou o número de anos de vida que as pessoas esperam viver. Atendendo que o envelhecimento está associado a mais doenças, levantam-se questões sobre a qualidade de vida durante a longevidade.

Qualidade de vida relacionada com a saúde é um estado subjectivo de saúde, centrado na avaliação subjectiva do paciente, mas necessariamente ligado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente (Pires, 2009).

Em 1982, Kaplan e Bush citados por Ribeiro (2005) conceptualizaram a qualidade de vida relacionada com a saúde, a fim de diferenciar os efeitos da saúde na satisfação profissional, no meio ambiente e noutros factores que influenciam a percepção da qualidade de vida.

O termo qualidade de vida relacionada com saúde é muito frequente na literatura e parece implicar os aspectos directamente associados às doenças ou às intervenções em saúde (Seidl & Zannon, 2004).

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um conceito específico do sistema de cuidados de saúde, que pode ser percebido de uma forma geral para todo o sistema ou de acordo com cada uma das doenças ou na população saudável.

Do ponto de vista geral, a qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se as doenças (qualquer que seja a doença) e analisa a contribuição dessa doença e do seu tratamento para o bem-estar de cada indivíduo. De acordo com o seu sentido específico, qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se ao modo como uma doença específica afecta ou limita a qualidade de vida (Silva, 2003).

A qualidade de vida relacionada com a saúde pode ser considerada como o valor atribuído à vida, ponderado pelos danos funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, tratamentos e a organização política e económica do sistema assistencial (Campos & Neto, 2008).

A abordagem da qualidade de vida relacionada com a saúde emergiu no contexto da saúde, da psicologia e da economia para abordar as percepções relacionadas com a doença, sobretudo na doença crónica e em diferentes formas de tratamento, patologias e gastos em saúde. Sendo este

conceito associado aos processos de saúde/ doença, incluindo os critérios de subjectividade, percepção pessoal, multidimensionalidade (Pires, 2009).

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um constructo latente, que não é observado directamente, só pode ser deduzido de forma indirecta através de indicadores, representado um constructo multidimensional (Lezaun, 2006). É o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde” (Patrick & Erickson, 1993, citados por Pires, 2009). Está, directamente relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros, do mundo que o rodeia e pode ser avaliada mediante critérios apropriados, tais como, a educação, a formação de base, a actividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o optimismo, as necessidades pessoais e a saúde (Leal, 2008).

2.2- Factores determinantes da saúde

A caracterização do estado de saúde de uma população constitui uma tarefa de grande complexidade, que advém do próprio conceito de saúde (Oliveira, 2009).

A saúde é um dos principais factores determinantes da Qualidade de vida dos indivíduos. A obtenção de um estado completo de bem-estar físico, mental e social depende de factores que não estão somente ao alcance da medicina, mas de toda a sociedade em geral. A condição de saúde de um indivíduo é um conceito multidimensional e dinâmico, a sua caracterização requer informação detalhada de diferentes aspectos da sua vida. Cada um desses aspectos pode ser considerado individualmente, no entanto quando analisados em separado são insuficientes para descrever o estado de saúde individual (Oliveira, 2009).

Nos estudos sobre a saúde das populações têm sido construídas uma grande variedade de indicadores, tais como indicadores de capacidade funcional de qualidade de vida, de bem-estar psicológico e de satisfação de vida. Contudo, a percepção do estado de saúde subjectivo tem vindo a ganhar maior destaque na comunidade científica (Oliveira, 2009).

Segundo Nunes e Rego (2002, p. 63) “o estado de saúde da população é profundamente influenciado por factores de ordem económica, social, política, experiência pessoal e estilos de vida”. Mercê do paradigma, é a melhoria da qualidade de vida, um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o sector nos campos da promoção da saúde, da prevenção de doenças e na melhoria da esperança de vida. Isto é, ganhos globais em matéria de saúde.

Tavares e Nunes (2007), referem que a percepção individual de saúde depende do grau de conhecimento e compreensão do indivíduo no que se refere ao seu estado de saúde e aos problemas que afectam a mesma, sendo esta influenciada por variáveis como a idade, sexo, nível sócio económico, cultura e a natureza dos problemas de saúde.

De entre os principais factores destacámos: os indicadores socio-demográficos, que compreendem a classe etária, o sexo, a região de residência, e o estado civil; os indicadores socioeconómicos, que incluem o nível de escolaridade, o rendimento e a ocupação; e por fim os indicadores gerais de saúde, que contêm a história familiar, doença crónica, estilos de vida, personalidade do indivíduo (Alves, 2004; Oliveira, 2009).

O passar da “idade” determina no corpo humano um envelhecimento biológico que condiciona de forma mais ou menos marcada o “envelhecimento social” dos indivíduos. O envelhecimento não afecta apenas o corpo humano transformando-o, os indivíduos de todos os grupos etários os mais vulneráveis à doença (Cabral, Silva & Mendes, 2002). Assim a idade é considerada por muitos pesquisadores como um factor fundamental da saúde e do bem-estar. As evidências sugerem que o avançar da idade implica um aumento da probabilidade da descrição de problemas de saúde pelos indivíduos (Arber & Ginn, 1993; Zimmer & Amornsirisomboon, 2001 citados por Alves, 2004).

Com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD-98), revelou que a probabilidade dos indivíduos classificarem o estado de saúde como ruim aumenta significativamente a partir dos 65 anos de idade, sendo a idade o determinante mais importante do estado de saúde auto percebido (DACHS, 2002 citado por Alves, 2004).

Um estudo realizado com 677 indivíduos com 65 e mais anos, na cidade de Madrid (Espanha) mostrou que a auto-avaliação do estado de saúde como ruim tende a diminuir com o avançar da idade, sendo que os idosos de 85 anos e mais avaliam a sua saúde, melhor que os idosos de 65 a 74 anos. Assim, como a auto percepção de saúde é determinada pela idade, esta variável deve ser incluída em pesquisas que investigam o estado de saúde do indivíduo, principalmente do idoso. (Damian, 1999; Alves, 2004).

Com o objectivo de medir o estado de saúde da população canadiana e divulgar o conhecimento sobre os determinantes do estado de saúde, foram utilizados os dados resultantes do inquérito *National Population Health Survey* que sugerem que a idade é um determinante significativo no estado de saúde subjectivo dos homens e das mulheres. Os autores concluíram igualmente que os indivíduos mais idosos não avaliam o seu estado de saúde bom ou muito bom (Denton e Walters, 1999 citado por Oliveira, 2009)

Ainda relativamente à idade, esta variável é considerada por muitos investigadores como um dos factores fundamentais na explicação do estado de saúde. O aumento da idade está relacionado com a má percepção do estado de saúde (Vintém, 2008; Barros, 2009).

Em Portugal, um estudo desenvolvido em 1995, mostrou que as mulheres com menos de 45 anos e a viverem em áreas rurais, trabalhadoras manuais, sem instrução e viúvas têm uma percepção do seu estado de saúde pior do que a dos homens em circunstâncias semelhantes (Santana, 1995).

A evidência largamente aceite de que as mulheres vivem mais do que os homens e apresentam índices de morbilidade mais altos constitui o ponto de partida para qualquer discussão entre género e saúde.

Não é apenas com a diferença de mortalidade entre homens e mulheres que as identidades masculinas e femininas estão associadas, mas através com a diferença de morbilidade e dos seus diferentes hábitos de saúde, mas também com a diferença de Morbilidade. Na população britânica, as mulheres afirmam sofrer mais de doenças crónicas limitativas, de restrições de actividades e de perturbações mentais do que os homens, além de declararem de forma sistemática uma saúde pior do que os homens (Cabral et al, 2002).

A organização social e os atributos do ambiente físico e social de um país e da área de residência actuam e marcam de forma positiva ou negativa o estado de saúde da população (Oliveira, 2009).

O factor socio-demográfico que influencia o estado de saúde, muito referenciado na literatura, é o estado civil do indivíduo. Nos Estados Unidos e em outros países industrializados, as pessoas casadas desfrutavam de melhor saúde e menores taxas de mortalidade em relação às solteiras, viúvas e divorciadas. O casamento está correlacionado com uma melhor auto percepção de saúde entre as mulheres, sendo que as casadas têm uma vantagem de saúde sobre as não-casadas. O estado conjugal e saúde mostra que o indivíduo casado apresenta melhor saúde, seguido pelo solteiro, o viúvo e, então, o divorciado (Golman, 1990 citado por Oliveira, 2009.)

Existem dois processos responsáveis por esses diferenciais relativamente ao estado civil. O primeiro é a protecção do casamento, um conjunto de mecanismos causais, constituídos por factores ambientais, sociais e psicológicos tornam o estado civil casado mais saudável do que os demais. O segundo processo é a selecção marital, o casamento selecciona indivíduos mais saudáveis tanto física quanto psicologicamente (Goldan et al., 1995, citado por Alves, 2004)

Durante os últimos anos, a relação entre o nível socioeconómico e o estado de saúde tem sido amplamente investigado na literatura epidemiológica, tanto nas populações europeias bem como nas populações norte-americanas (Oliveira, 2009).

Os ganhos em saúde dos últimos dois séculos foram devidos a outros factores que não estritamente médicos, mas também de higiene, de instrução, de educação e condições económicas (Barros, 2009).

A literatura económica tem apontado diversos mecanismos pelos quais a educação pode afectar o estado de saúde. Segundo Ross e Wu (1995) referidos por Costa (2008), um dos motivos pelos quais pessoas com maiores níveis de escolaridade possuem um melhor estado de saúde é porque a educação promove auto-eficácia. Auto-eficácia diz respeito à percepção dos indivíduos quanto à sua habilidade em promover a própria saúde.

Relativamente a escolaridade, Machenbach na Holanda e Lahema et al. na Finlândia citados por Cabral et al. (2002) referem que à medida que sobe a escolaridade dos inquiridos, menor é a incidência de doenças crónicas e melhor a saúde auto-avaliada. A influência da escolaridade na saúde a nível nacional reproduz-se a nível internacional, onde o nível de literacia da população está naturalmente associada à esperança de vida. A instrução fornece informação para equilibrar os hábitos saudáveis com os menos saudáveis, como acontece com a classe média mais escolarizada, que combina o consumo de comida e álcool com as actividades de lazer saudáveis. A educação cria uma afinidade cultural com o discurso médico oficial e uma maior abertura às mensagens preventivas. Diferentes níveis de escolaridade estão associados a diferentes valores, normas, hábitos e atitudes, que contribuem para a explicação da maneira como cada pessoa contribui e percebe o seu estado de saúde (Santana & Vaz, 1999; Vintém, 2008).

Grossman assume que a educação afecta o estado de saúde por aumentar a eficiência do tempo na função produção de saúde (Costa, 2008).

A ocupação caracteriza os benefícios adquiridos em determinados cargos de prestígio e poder. Um indivíduo com uma ocupação menos prestigiada percebe estados de saúde, quando comparado um indivíduo com uma ocupação mais prestigiada (Vintém, 2008).

A auto-avaliação do estado de saúde também é determinado pela distribuição de rendimentos, nos países com uma distribuição de rendimento mais igualitária era menor a variação da auto-avaliação de estado de saúde entre os grupos sociais inquiridos (Van Doorslaer et al., 1996 citado por Cabral et al., 2002)

O rendimento pode permitir a escolha de determinados comportamentos saudáveis, tais como a actividade física ou as escolhas nutricionais, ou ainda, alguns comportamentos não saudáveis, como fumar ou beber podem ser em resposta às condições materiais adversas. Um indivíduo pertencente a um nível socioeconómico baixo apresenta maior risco de declarar piores estados de saúde, quando comparado com um indivíduo pertencente a um nível socioeconómico mais elevado (Oliveira, 2009).

A distribuição do rendimento do agregado familiar é uma outra variável que influencia a saúde, independentemente do efeito do rendimento pessoal. Por outro lado, as características socioeconómicas dos espaços em que vivem, como os factores ambientais, as características da comunidade, a qualidade e a quantidade dos serviços públicos oferecidos, também determinam o

nível de saúde, alterando a relação individual entre a classe social e o estado de saúde (Ferreira & Santana, 2003).

A expressão da maneira como cada um se apercebe do seu próprio estado de saúde é um dos principais indicadores para a monitorização da saúde e da qualidade de vida da população (Ministério da Saúde 1985, p. 34). Assim, sendo o indivíduo, por si próprio, aquele quem melhor poderá avaliar a sua saúde no contexto do seu percurso de vida e da sua cultura, é consensual que os inquéritos de saúde administrados junto da população são um dos melhores instrumentos de recolha de informação relativa à maneira como cada pessoa, homem ou mulher, aprecia o seu próprio estado de saúde (Vintém, 2008).

Outro determinante da saúde e da auto-percepção do nível de saúde são a adesão a determinadas atitudes e comportamentos. Quem pratica exercício físico, por exemplo, aumenta em mais de 70% a probabilidade de reportar estados de saúde mais positivos (Instituto Nacional Estatística (INE), 2007).

Em Portugal as causas de mortalidade mais relevantes estão relacionadas com determinados comportamentos como as dietas pouco saudáveis, o consumo de tabaco, o abuso do álcool, a condução rodoviária de risco, a toxicodependência e a inactividade física. Muitas vezes estes comportamentos inserem-se em más condições ambientais, baixo nível socioeconómico e serviços de saúde inadequados (Ministério da Saúde, 2003).

No relatório *The health status of the European Union – Narrowing the health gap*. (European Commission, 2003), é reconhecido que comportamentos como a dieta inadequada, o fumo de tabaco, abuso de álcool, consumo de drogas, inactividade física, condições ambientais pobres e baixos estados socioeconómicos, são os principais determinantes dos problemas de saúde mais importantes. Interagem entre si de um modo complexo e os resultados no estado de saúde são o impacto combinado de todos eles.

O estilo de vida que um indivíduo adopte irá influenciar de uma maneira positiva ou negativa o seu estado de saúde. Se as pessoas optarem por estilos de vida favoráveis à saúde, como a realização de exercício físico regular, ausência de hábitos tabágicos e consumo de bebidas alcoólicas, estará melhor preparado para resistir a uma eventual complicação no seu estado de saúde (Charles, 2006). O exercício físico melhora o humor e o bem-estar, o auto conceito e a auto-estima. O exercício físico influencia o funcionamento cognitivo e pode ter um efeito amortecedor no stress (Ribeiro, 2005).

O consumo de tabaco é um acto e um comportamento, cujos efeitos sobre a saúde mais têm sido estudados e cujos resultados recolhem mais concordância. Sendo um dos comportamentos mais restringidos por lei e, paradoxalmente, o que mais contribui para o orçamento do estado (Ribeiro,

2005). No entanto, por ano, cinco milhões de pessoas morrem em todo o mundo devido a doenças relacionadas com o tabaco (Rosendo, Fonseca, Guedes & Martins, 2009).

Schmitz *et al.* (2003) referidos por Castro, Oliveira, Moraes, Miguel e Araújo (2007) avaliaram a gravidade do uso de tabaco por meio do número de cigarros/dia, considerando quem consumia 20 ou mais cigarros/dia fumante severo, entre 10 e 19 fumante moderado e de 1 a 9 fumante leve. Concluíram que os dependentes de tabaco apresentaram pior qualidade de vida em relação aos não dependentes do tabaco.

Adicionalmente, além dos indicadores socio-demográficos e socioeconómicos, a literatura enfatiza outros factores que podem ser classificados como indicadores gerais de saúde de onde destacamos a longevidade e a morbilidade.

O aumento da longevidade observado nos últimos anos, graças aos avanços da Medicina, não deve ser tomado como um sinónimo de qualidade de vida, pois o que se tem vindo a observar é também um aumento na incidência das doenças crónicas e incapacitantes, que se tornam mais comuns que as doenças agudas (Amorim, 1999).

As doenças crónicas apresentam uma relação significativa com o estado de saúde subjectivo (Silva & Branco, 2009), pois a auto-avaliação do estado de saúde piora com o aumento do número de doenças crónicas do indivíduo. Estando fortemente relacionadas com a percepção do mau estado de saúde e o seu acréscimo faz aumentar a probabilidade do indivíduo perceber o seu estado de saúde de forma negativa (Carvalho & Carvalho, 2006).

Ao termo doença, em inglês são atribuídos três significados *diseases*, *illness* e *sickness*. Estes conceitos são muitas vezes aplicados nas doenças crónicas, que se definem por não ter cura, são doenças que têm de ser geridas em vez de curadas. *Diseases* significa ter uma doença. Algumas doenças crónicas provocam mal-estar – *illness*; e aqueles que têm estas doenças adoptam, frequentemente, um papel de doentes - *sickness*. Exemplos conhecidos são a diabetes, o cancro ou a hipertensão (Ribeiro, 2005).

A investigação, de uma forma geral, tem sugerido que a qualidade de vida diminui à medida que o número de complicações crónicas que o doente possui aumenta e que a gravidade das complicações crónicas é uma variável preditora mais forte do que o número dessas complicações, (Silva, Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003).

De acordo com o *European Health Report 2002* (WHO, 2003), as doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, osteoarticulares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes *mellitus*, e as perturbações da saúde mental como a depressão, constituem actualmente a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. São também as principais responsáveis por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e

perda de qualidade de vida, com impacto significativo no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento (Gaspar, 2006).

Uma outra maneira de avaliar o estado de saúde é através da capacidade funcional, que se refere à potencialidade para desempenhar as actividades de vida diária (AVDs) ou para realizar um determinado acto, necessário para garantir condições mínimas de sobrevivência aos indivíduos, bem como para proporcionar qualidade de vida ou bem-estar (Hartmann, 2008).

Leinonen et al. citado por Hartmann (2008), ressaltam que o aumento das dificuldades no desempenho das AVDs é indicativo de declínio na auto-percepção de saúde.

Os aspectos físicos incluem a mobilidade, independência nas actividades ocupacionais, de recreação e de percepção de sintomas. A alteração da função física costuma ser sinal de alerta no que diz respeito à saúde, e de todos os sinais e sintomas de doença, possivelmente o mais comum e urgente é a dor. Ela incapacita e aflige mais pessoas do que qualquer quadro patológico particular e, talvez seja a razão mais comum e decisiva pela qual uma pessoa procure o médico (Brasil, Zatta, Cordeiro & Silva, 2008). “A dor é um sintoma - sensação subjectiva anormal sentida pelo indivíduo e não visualizada” (Brasil et al., 2008, p.384). “A dor pode interferir nas actividades diárias e sociais do indivíduo, levando a um efeito negativo na função social, na saúde emocional, e no nível de energia. Biasotto-Gonzalez, Mendes, Jesus, Martins (2009, p. 129). A dor é sintoma de alerta, comum nas doenças e com impacto negativo na vida das pessoas, relacionamento com amigos e conhecidos, suporte social e participação social. A qualidade de vida está relacionada, também, com a satisfação das pessoas de valores e crenças que elas sustentam (Trentini, Corradi, Arardi & Tigrino, 2004).

Determinantes da qualidade de vida são também os aspectos sociais e emocionais, os sociais abrangem os papéis sociais na família, no trabalho e na comunidade, os aspectos emocionais tratam da confiança, da sua capacidade de tomar decisões e fazer avaliações, incluem sentimentos de auto-estima, atitudes de relacionamento, pensamentos sobre o futuro e eventos críticos da vida. “O estado emocional das pessoas está altamente associado à sua qualidade de vida, o indivíduo pode mostrar mudanças no seu modo de ser, geralmente, provocado por algum acontecimento de impacto” (Trentini et al., 2004, p.76), qualidade de vida emocional significa estabilidade emocional. Damásio (1998), considera que as emoções e os sentimentos são os responsáveis pela diferença, afirmando que “*as emoções e sentimentos são os sensores para o encontro ou falta dele entre a natureza.*”. Goleman (1997) partilha da mesma opinião, considerando que os estados emocionais podem “*desempenhar um papel significativo na vulnerabilidade à doença e no decurso da convalescença*” (Trentini et al., 2004, p.77). De facto, todos nós conhecemos a ligação entre estados emocionais fortes e a ocorrência de enfartes de miocárdio ou da associação de períodos de stress e a gripe (Carvalho & Carvalho, 2006).

O estado de saúde de uma população é bom sempre que se verifique a satisfação das necessidades dessa população em cuidados de saúde (Mendes, 2008).

O conjunto dos determinantes da saúde e qualidade de vida realçam o conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde como “ um estado de saúde e visto como um continuo da crescente complexidade das consequências no doente de factores biológicos/fisiológicos, sintomas, funções, percepção da saúde em geral e bem-estar geral ou qualidade de vida” (Alves, 2004, p.57).

Hoje em dia avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde reverte-se de imprescindível importância em virtude dos seus resultados permitirem avaliar níveis de comparação entre grupos (Ferreira & Santana, 2003), contribuir para aprovar e definir tratamentos e avaliar o custo/benefício dos cuidados prestados e facilitar a tomada de decisão aos mais diversos níveis.

2.3- Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde

Um dos motivos que está na origem da avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde é a preocupação económica. A escassez de recursos de saúde tem sido amplamente discutida e a qualidade de vida tem sido considerada como um critério possível para a tomada de decisão no contexto dos cuidados de saúde. A ideia subjacente é a de que, se nem todas as pessoas que necessitam podem ser salvas ou tratadas, os profissionais de saúde devem escolher tratar os doentes que mais possam beneficiar, em termos da quantidade e qualidade dos anos de vida restantes, e dos recursos existentes. Obviamente esta perspectiva coloca graves problemas éticos relacionados, por exemplo, com a dificuldade em estimar os anos de vida esperados; pela possível discriminação relacionada com a idade, sexo, raça, entre outros factores e pelas preocupações economicistas subjacentes (Silva, 2003). O que interessa é maximizar os benefícios dos escassos recursos existentes.

“A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde tem como objectivos, a gestão da saúde; conhecer os interesses específicos dos doentes; avaliar o efeito da terapêutica; melhorar a comunicação pessoal de saúde/doente; constituir uma unidade de medição económica e monitorizar a saúde da população”, Santos (2005), citado por Pires (2009, p.123).

É importante avaliar a qualidade de vida, especialmente para facilitar a tomada de decisão clínica. Um médico, que sabe de que forma, diferentes tratamentos afectam a quantidade e a qualidade de vida dos seus doentes, encontra-se numa melhor posição para assumir uma decisão em relação a determinado tratamento (Silva, 2003).

Após uma revisão da literatura sobre a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, constatámos a existência de vários factores, domínios ou dimensões que podem e devem ser tidos em conta nesta avaliação.

É unânime, que na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, se devem ter em consideração vários domínios: *estado funcional*, que diz respeito à capacidade de executar um conjunto de actividades que são normais para a maioria das pessoas, incluindo o auto cuidado, a mobilidade e a capacidade de desempenho do papel social; *sintomas físicos*, relacionados com a doença e o tratamento onde se inclui a dor, o mau funcionamento urinário, entre outros; *funcionamento psicológico*, do qual faz parte o *stress* psicológico, a ansiedade e a depressão; *funcionamento social*, no qual fazem parte as relações com a família e o meio social mais alargado, e a participação em actividades sociais; *avaliação global*, uma vez que a qualidade de vida não é mais do que o somatório de todos os componentes (Silva et al., 2003).

Pires (2009) de acordo com Lawton (2000), refere que a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde deve incidir sobre quatro áreas que se sobrepõem e inter-relacionam: competência comportamental, que se refere aos comportamentos que o indivíduo teve e tem relativamente à sua saúde, funcionalidade, cognição, comportamento social e utilização do tempo; condições ambientais, que dizem respeito aos atributos do meio físico que rodeiam o indivíduo; qualidade de vida percebida, dimensão subjectiva que depende do julgamento do indivíduo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica e a sua competência comportamental; bem-estar psicológico, que reflecte a avaliação pessoal sobre as três dimensões anteriores e depende da capacidade do indivíduo se adaptar às perdas, à sua capacidade de recuperação de eventos stressantes (tais como a doença, morte de familiares, desemprego, violência física, etc.), e da capacidade de encarar essas situações pelo lado positivo.

São vários os factores susceptíveis de influenciar a variável em estudo “auto-percepção do estado de saúde”, valores, normas, hábitos e atitudes, mas que contribuem, para a explicação possível da maneira como cada pessoa percebe o seu estado de saúde (Vintém, 2008).

À auto-percepção do estado de saúde, é-lhe reconhecida, assim, grande importância como indicador do estado de saúde das pessoas, porque mede a percepção subjectiva do estado físico e mental, é independente das interpretações médicas dos sintomas e é também um importante predictor da mortalidade bem como da utilização dos serviços de saúde (Santana & Vaz, 1999; Vintém, 2008).

A forma como os indivíduos consideram a sua situação de saúde “auto-avaliação de saúde” tem sido cada vez mais valorizada na investigação, no planeamento em saúde, assim como na tomada de decisão” (Ferreira & Ferreira, 2006, p.6).

Medir o estado de saúde de populações permite-nos definir níveis de comparação entre grupos, detectar iniquidade em relação a condições de saúde, por exemplo, entre diferentes patologias ou tipos de cronicidade; áreas geográficas, entre regiões, países ou zonas dentro dos países; condições sociais, por exemplo, entre grupos populacionais socialmente excluídos e os restantes; a condições económicas, por exemplo, entre várias classes de rendimento e/ou de ocupação; ou ainda relativas ao género e à idade (Ferreira & Santana, 2003).

A caracterização do estado de saúde de uma população constitui uma tarefa de grande complexidade, que advém do próprio conceito de saúde.

A melhor fonte de informações sobre a qualidade de vida é a própria pessoa, sendo medida conforme os grupos de doentes a definem, podendo variar entre os vários grupos e conforme os efeitos dos tratamentos, bem como o significado atribuído pelos doentes aos seus benefícios e prejuízos, a curto e longo prazo (Arenas, 2006).

A percepção do estado de saúde encontra-se fortemente relacionada com a saúde do indivíduo (Appel et al., 1996, citado por Oliveira, 2009), pois é o próprio indivíduo que experiêcia as suas circunstâncias e, é ele melhor que ninguém que sabe dizer como se sente.

O questionário de auto-avaliação constitui a metodologia mais difundida, porque representa o método mais prático, eficiente e barato de obter informação do utente (Amorim, 1999).

Hoje em dia, ao construir-se um instrumento de avaliação de qualidade de vida, pretende-se mais agregar de um modo operacional as medidas da função física, emocional e social. Assim procura-se um instrumento ideal que possa ser considerado válido, na prática diária e compreenda todas as dimensões pretendidas, sendo este um ponto de confluência entre as ciências médicas, psicológicas e sociais (Amorim, 1999).

O desenvolvimento de medidas de qualidade de vida foi principalmente efectuado nos Estados Unidos da América e no Reino Unido e, apesar da maioria destes instrumentos de medida terem sido desenvolvidos e testados em culturas de língua inglesa, têm sido amplamente adaptados e validados noutros países e culturas (Sampaio, 2007).

Todos os instrumentos de avaliação apresentam vantagens e desvantagens. Uns limitam-se a alguns aspectos; outros permitem respostas categóricas de sim ou não, o que possibilita somente determinar os pontos extremos; outros ainda, exigem preparação do pessoal e grande disponibilidade de tempo, mas por outro lado fornecem uma informação mais detalhada (Sampaio, 2007).

2.4- Instrumentos de avaliação da qualidade de vida

Um instrumento de avaliação de qualidade de vida, avalia principalmente, o modo como as manifestações de uma doença e/ou o seu tratamento são experienciados por um indivíduo, sendo grande a atenção dispensada aos instrumentos que se baseiam na auto-avaliação acerca de sentimentos, atitudes e comportamentos (Amorim, 1999).

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida devem cumprir as seguintes propriedades psicométricas: validade, considera-se válido quando mede realmente aquilo que se pretende medir; fiabilidade, quando produz os mesmos resultados em avaliações repetidas usando as mesmas condições, todo o questionário sobre qualidade de vida deve ser considerada estável e reproduzível no tempo; sensível as mudanças, quando produz diferentes resultados em avaliações repetidas onde as condições se alteraram (Artal, 1998).

Existem alguns princípios a que se deve atender na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde de um determinado grupo, constituindo três elementos em comum: importância do estado funcional (físico, social e mental); subjectividade da avaliação do estado de saúde; obtenção de um número que representa a preferência do estado de saúde (Lezaun, 2006).

A avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde pode ser realizada através da utilização de instrumentos genéricos do estado de saúde e instrumentos específicos relacionadas com a doença (Amorim, 2007; Oliveira & Osini, 2009). Instrumento genérico é o questionário usado em qualquer população (independente da condição subjacente) e instrumento específico é utilizado para pessoas com determinada patologia, certa função ou problema (Omonte, 2007).

Os instrumentos genéricos são aplicáveis numa ampla variedade de populações, não exigindo que tenham características ou condições específicas de doença ou outros aspectos especiais, geralmente são utilizados para comparar grupos de diferentes enfermidades e também para comparar resultados com a população geral (Arenas, 2006). O objectivo fundamental destes instrumentos é medir mudanças clinicamente importantes. A dificuldade na sua aplicação é em não detectarem aspectos específicos da doença, ou situação clínica determinada, que por vezes necessita de uma medida específica como complemento (Amorim, 1999).

Dentro das escalas genéricas salienta-se a: formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36, perfil de Saúde de Nottingham, Inventário da Qualidade de Vida, instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-Bref.

O formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36 (SF-36v2 – do inglês, Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey), pode ser usado por diferentes culturas e foi desenvolvido para avaliação da população em geral, avaliação de políticas de saúde e avaliação de práticas e

pesquisa no contexto clínico. Constituído por 36 itens, dos quais resultam 8 dimensões: função e desempenho físico, dor, saúde geral, função e desempenho emocional, função social e vitalidade. A forma de aplicação é a entrevista, auto-respondido (paciente e proxy). Demora 5-10 minutos a ser aplicado. Apresenta boa fiabilidade e validade e está adaptado em inúmeros países, incluindo Portugal.

O perfil de Saúde de Nottingham (NHP – do inglês, Nottingham Health Profile). Este instrumento é constituído por 2 partes com 38 itens. A 1ª parte foca aspectos como a mobilidade física, energia, dor, sono, reacções emocionais, isolamento social. 2ª Parte foca o trabalho, relacionamento e actividades sócias, actividades em casa, actividade sexual. A forma de aplicação é a entrevista auto-respondido (paciente). Têm um tempo de aplicação de 5-15 minutos. Apresenta boa fiabilidade e validade.

O Inventário da Qualidade de Vida, é constituído por 16 áreas: saúde, auto-estima, objectivos e valores, dinheiro, trabalho, tempos livres, aprender, criatividade, serviços voluntários, amor, amigos, filhos/as, família, casa, vizinhança e comunidade. Considera duas importantes dimensões: a importância atribuída pelo indivíduo a determinadas áreas da sua vida e o grau de satisfação com essas mesmas áreas. Este inventário contém duas subescalas: a importância, que diz respeito ao peso que cada uma das áreas tem na felicidade global e a satisfação, que diz respeito ao grau de realização pessoal nessas áreas. Das propriedades psicométricas da versão do inventário adaptada para Portugal sugere que a sua validade e precisão são muito satisfatórias, bem como a consistência do constructo e da sua medida (Silva, 2003)

O instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – do inglês, The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument), este instrumento avalia a qualidade de vida numa perspectiva transcultural, permite a comparação entre diferentes culturas, mas tem como desvantagem a sua extensão, pois é constituído por 100 questões. Avalia o domínio físico; domínio psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente e aspectos espirituais/crenças pessoais/religião. Pode ser auto-administrado, assistido pelo entrevistador e administrado pelo entrevistador. O tempo de aplicação é de 60 a 90 minutos. Apresenta boa consistência interna, validade de conteúdo e fiabilidade.

O WHOQOL-Bref, é constituído por 26 questões, que avaliam o domínio físico, psicológico, independência, relações sócias, ambiente, espiritualidade e crenças pessoais/religião. É auto-administrado, assistido pelo entrevistador e administrado pelo entrevistador. O tempo de aplicação não está relatado. Apresenta boa consistência interna, validade de conteúdo e fiabilidade.

De entre as escalas genéricas, a escala SF-36 é reconhecida como “padrão-ouro” para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde (Almeida, 2010).

Os instrumentos específicos avaliam indivíduos com condição ou doenças específicas, têm o potencial de serem sensíveis às variações que ocorrem para a população característica e também para investigar particularidades da condição clínica em questão. Esses instrumentos podem ser aplicados para comparar diferentes tratamentos aplicados em grupos de pacientes com o mesmo quadro clínico, pois proporcionam informações clínicas relevantes relacionadas aos procedimentos terapêuticos (Arenas, 2006).

Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da qualidade de vida, e são indicadas para um ensaio, no qual uma intervenção específica está a ser avaliada. Têm sido muito bem aceites pelos doentes afectados por cancro, acidente vascular encefálico, afasia, insuficiência renal crónica, diabetes, asma, etc, por incluírem dimensões relevantes para eles, o que lhes dá maior facilidade e capacidade de resposta (Oliveira & Orsini, 2009; Anes & Ferreira, 2009; Anes & Castro, 2010).

Estes tipos de instrumentos têm sido criticados frequentemente por serem demasiadamente estreitos na focalização que fazem, negligenciando a avaliação de resultados importantes, tais como suporte social, ajustamento, auto-estima, depressão e outros domínios, além de não permitirem a comparação entre diferentes situações clínicas ou entre grupos de doentes (Bowling, 1995).

Dentro dos instrumentos específicos destacamos a Escala Específica de Qualidade de Vida SS-QOL, THE Quality of life questionnaire – QLQ-30, Audit Diabetes Dependent Quality of Life, WHOQOL–OLD e KDQOL-SFTM1.3.

A escala Específica de Qualidade de Vida SS-QOL (do inglês, Stroke-specific of Quality of Life), é constituída por 48 itens, avalia a energia, papel na família, linguagem, humor, personalidade, auto-cuidados, papel social, pensamento, visão, função do membro superior, trabalho e produtividade. A 1ª questão é utilizada para avaliar a qualidade de vida global. É utilizada em doentes com afasia em acidente vascular encefálico (Oliveira & Orsini, 2009).

O instrumento THE Quality of Life questionnaire – QLQ - Core 30) é constituído por 30 questões, avalia 5 domínios, físicos, psicológico, independência, relações sociais, ambiente. Avalia sintomas específicos do cancro da mama, avalia o sofrimento psicológico, os efeitos adversos do tratamento, funcionamento físico, interacção social, saúde global, a satisfação com os cuidados médicos. O QLQ-C30 não é adequado para usar em crianças e não se conhecem os resultados da sua sensibilidade em pessoas idosas com múltiplas patologias. Pode ser utilizado em conjunto com o instrumento de avaliação genérico SF-36 pois este avalia a qualidade de vida do indivíduo em geral, enquanto o QLQ- C30 avalia o impacto da doença oncológica.

O Audit Diabetes Dependent Quality of Life – (ADDQOL) é constituído por 13 questões, avalia 5 domínios, físico, psicológico, independência, relações sociais e ambiente. Este instrumento mede

a percepção individual do impacto da diabetes na qualidade de vida do indivíduo. Este instrumento não foi testado em idosos e pode ser usado em diferentes países e culturas. Pode ser utilizado com o WHOQOL-BREF.

WHOQOL-OLD é constituído por 24 questões, avalia 4 domínios, físico, psicológico, independência e relações sociais. Este instrumento é específico para idosos, avalia a qualidade de vida numa perspectiva transcultural e avalia critérios de avaliação de qualidade de vida como habilidades sensoriais, autonomia, actividades presentes e futuras, participação social, intimidade e receios. Este instrumento deve ser aplicado em conjunto com o instrumento WHOQOL (Leal, 2008).

O Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SFTM1.3) é uma escala específica da doença renal, que engloba perguntas genéricas de saúde e específicas da doença renal crónica, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa de diálise. O KDQOL-SFTM1.3 é a associação de 2 instrumentos o SF-36 e o ESRD (End Stage Renal Disease) validado na população portuguesa. É constituído por 79 itens, divididos em 19 dimensões, sendo 43 itens específicos da doença renal e 36 perguntas do foro genérico, para além de uma pergunta de identificação geral de saúde. Possui, assim, itens específicos, distribuídos por 11 dimensões que focam as preocupações particulares dos doentes renais em diálise e 8 dimensões gerais de saúde. É um instrumento auto-aplicável e demora aproximadamente 16 minutos a ser preenchido. Foi criada a versão portuguesa do KDQOL-SFTM1.3 por Ferreira e Anes em 2008 (Ferreira & Anes, 2010).

O uso generalizado de um determinado instrumento permite obter informação de diferentes populações, facilitando assim as comparações transculturais. A existência de instrumentos passíveis de aplicação transcultural para avaliação da qualidade de vida torna-se fundamental numa era em que se alarga cada vez mais a colaboração internacional na investigação em saúde, quer se trate de estudos epidemiológicos, ensaios clínicos, economia da saúde ou investigação básica, em que a avaliação da qualidade de vida de uma população é fundamental (Bullinger et al, 1993, citado por Amorim, 1999).

PARTE II

ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

3 – METODOLOGIA

A investigação científica caracteriza-se como um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos do mundo real.

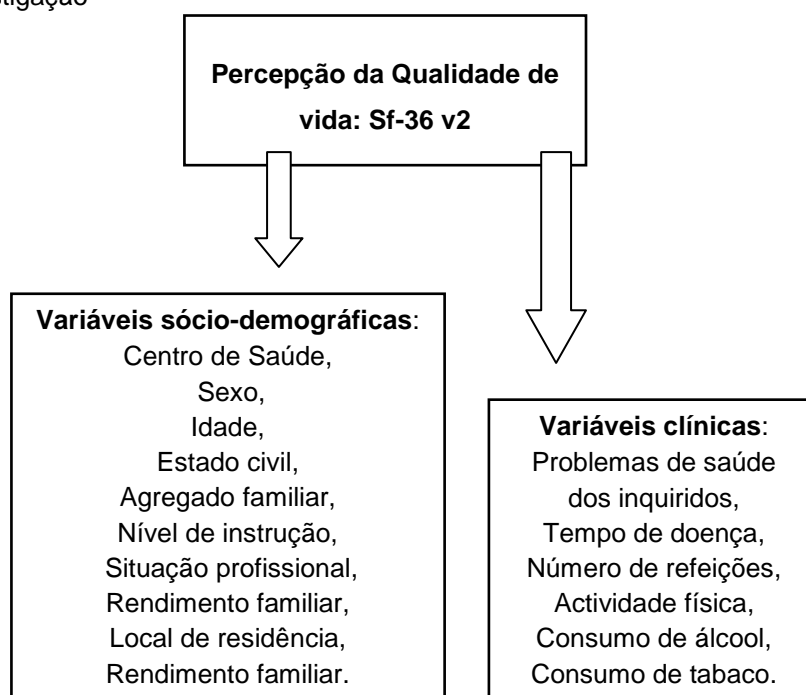
Neste capítulo abordamos a metodologia utilizada na investigação, uma vez que é desta forma possível o desenvolvimento e análise da pesquisa, bem como a confirmação ou infirmação das questões/hipóteses formuladas.

O principal objectivo da ciência é tornar o conhecimento científico diferente de todos os outros conhecimentos, pelo pilar dos factos.

Ao pretender analisar a “Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste” optamos por realizar um estudo descritivo, transversal e analítico com uma abordagem quantitativa.

O desenho descritivo pretende descrever e caracterizar fenómenos e encontrar relações entre variáveis (Fortin, Grenier & Nadeu, 1999). Assim, esta investigação decorre da relação da percepção da qualidade de vida com variáveis sócio-demográficas e clínicas (Figura 4).

Figura 4- Modelo de investigação



A percepção da Qualidade de Vida relacionada com a saúde, constitui neste estudo a variável dependente, a avaliação desta variável é efectuada pela aplicação do Instrumento de medição genérico de Saúde SF-36 v2. As variáveis sócio-demográficas e clínicas constituem as variáveis independentes.

Uma hipótese constitui uma premissa ou uma afirmação de uma relação, ou relações entre as duas ou mais variáveis em estudo, tentando explicar determinados factores que são objectos do estudo. As hipóteses postulam uma relação entre uma variável independente e uma variável dependente (Fortin, 2000).

Assim, as hipóteses foram formuladas de acordo com a revisão da literatura e com os objectivos da presente investigação.

Hipótese 1 – Existem diferenças entre as características sócio-demográficas e a percepção da Qualidade de vida relacionada com a saúde dos utentes dos Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes/ Nordeste.

Hipótese 2 – Existem diferenças entre as características clínicas e a percepção da Qualidade de vida relacionada com a saúde dos utentes dos Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes/ Nordeste.

As pessoas ou objectos das quais se pretende produzir conclusões designam-se por população (Ribeiro, 2010).

A população alvo do nosso estudo é constituída pelos utentes com 18 ou mais anos, inscritos nos Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I – Nordeste, num total de 142594 utentes, distribuídos pelos Centros de Saúde de Alfandega da Fé (5363 utentes), Bragança (35928 utentes), Carrazeda de Ansiães (6299 utentes), Freixo de Espada à Cinta (4965 utentes), Macedo de Cavaleiros (15202 utentes), Miranda do Douro (6958 utentes), Mirandela (22985 utentes), Mogadouro (9393 utentes), Torre de Moncorvo (10020 utentes), Vila Flor (6763 utentes), Vila Nova de Foz Côa (7000 utentes), Vimioso (4429 utentes) e Vinhais (8500 utentes).

Dada a inacessibilidade da totalidade da população alvo, fomos condicionados a trabalhar com uma parte da mesma, designada por amostra. O estudo foi efectuada nos Centros de Saúde já referidos, na semana de 19 a 23 de Julho de 2010. Foi solicitada autorização para a realização do estudo ao ACES Trás-os-Montes I – Nordeste (Anexo I) e consentimento dos utentes.

Fazem parte dos critérios de inclusão estar inscrito no ACES Trás-os-Montes I – Nordeste, recorrer ao seu centro de saúde no período estabelecido para a colheita de dados, possuir mais de 18 anos, estar consciente e orientado no tempo e no espaço, não possuir qualquer limitação que impeça a comunicação com o entrevistador e aceitar voluntariamente participar no estudo. A colheita de dados foi efectuada pelo investigador através da aplicação do formulário.

A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais e rigor da investigação. Na aquisição dos conhecimentos, não se deve descorar o respeito pela pessoa e a protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 2000).

Tivemos em atenção a observância dos princípios éticos geralmente aceites pela comunidade científica em Ciências Sociais, tais como: autorizações, da Instituição e dos participantes, confidencialidade, honestidade nas relações estabelecidas com os participantes, respeito e garantia dos direitos dos que participam voluntariamente no trabalho de investigação.

Assim, da população extraiu-se uma amostra, que é um subgrupo da população seleccionado para obter informações relativas às características dessa população. O processo de selecção da amostra designa-se por amostragem (Ribeiro, 2010). Na realização deste estudo foi utilizada uma amostragem não probabilística, com recurso a uma amostra e acidental. A amostra é assim constituída por 1111 utentes, os quais obedecem aos critérios de inclusão.

Atendendo a que o erro de amostragem depende do número de participantes, e que “o erro amostral é inversamente proporcional à raiz quadrada do tamanho da amostra” (Ribeiro, 2007, p. 45), no presente estudo é assumido um erro amostral de 0,0293 ou seja 2,9% com um α a 5%.

Assim, considerando a população em estudo optou-se pela entrevista estruturada (formulário). Este instrumento de recolha de dados possibilita atingir um grande número de sujeitos, é de fácil aplicação e preenchimento.

Foi constituído um instrumento de colheita de dados, anexando algumas questões sócio-demográficas e clínicas ao instrumento de avaliação da qualidade de vida. Assim, o formulário utilizado (Anexo I) encontra-se dividido em duas partes. A primeira faz a caracterização sócio-demográficas e clínica dos utentes, a segunda parte é constituída pelo Instrumento SF-36 v2.

O instrumento SF-36 foi descrito por Ware & Sherbourne, em 1992, e tornou-se o instrumento genérico de qualidade de vida relacionada com a saúde mais usado internacionalmente. Foi adaptado para a língua e população portuguesa por Ferreira em 1998.

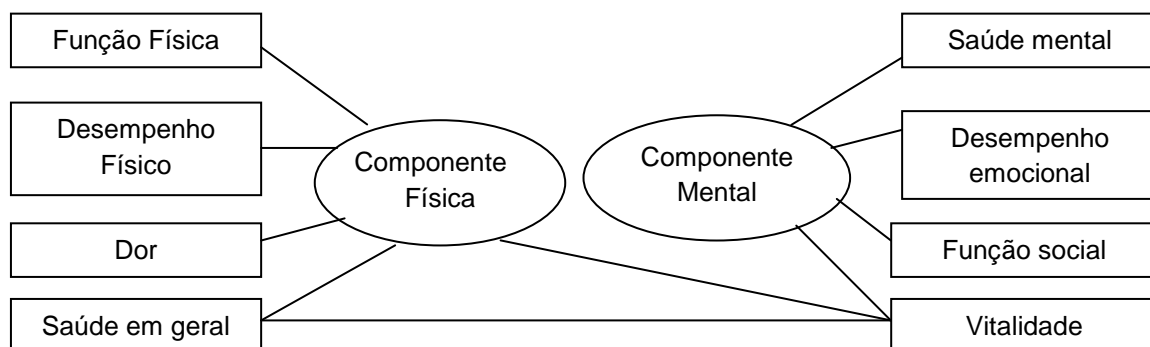
O SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey) é considerado uma medida genérica de saúde uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e bem-estar de cada um. Além disso não é específico de qualquer nível etário, doença, tratamento ou cultura (Ferreira, 2000).

Pode ser administrado a qualquer indivíduo com 14 ou mais anos de idade. Pode ser auto-administrado, administrado através de uma entrevista, pelo correio ou por telefone.

O seu conteúdo, tanto referente a saúde física como mental, a robustez psicométrica e a relativa simplicidade são factores que facilitam a sua utilização. Estes factores, associados à existência de um projecto internacional de adaptação do questionário original em diversos países (*International Quality of Life Assessment — IQOLA — Project*) estão a transformar o SF-36 Health Survey num dos instrumentos genéricos de medição de estado de saúde com maior potencial na utilização internacional e na avaliação de resultados clínicos (Ferreira, 2000).

Inclui 36 itens, em oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor corporal, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Variando de 0 a 100, em que 0 é a pior saúde e 100 a melhor saúde. Está incluído um item, mede a mudança de saúde comparada com o ano anterior. As opções de resposta variam entre duas a seis para cada questão e pode ser completado em aproximadamente dez minutos (Omonte, 2007). As oito dimensões (Figura 5) avaliam a saúde nas quatro semanas precedentes à sua administração.

Figura 5- Modelo factorial SF-36 v2 com duas componentes



Fonte: Ferreira, P. (2000). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. (p. 23). Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Função física (10 itens): pretende avaliar como o indivíduo realizou as suas tarefas diárias habituais, como se vestir, tomar banho, andar, subir escadas, etc., no período estudado. Pretendendo captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais do respondente. **Desempenho físico (4 itens):** tem como objectivo avaliar como a saúde física interfere nas actividades domésticas ou profissionais habituais. **Dor (2 itens):** pretende avaliar não só a intensidade e o desconforto causados pela dor mas também a extensão da forma como interfere nas actividades usuais; **Saúde Geral (5 itens):** tem como objectivo avaliar o conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável, tornando-se assim, aos olhos dos respondentes e em relação às restantes perguntas, menos redundante; **Vitalidade (4 itens):** inclui os níveis de energia e disposição do indivíduo para realizar as suas tarefas diárias. Inclui os níveis de energia e de fadiga. Esta escala permite captar melhor as diferenças de bem-estar; **Função social (2 itens):** avalia quanto as actividades sociais habituais

do indivíduo foram afectadas pelo seu estado físico ou emocional das actividades sociais dos inquiridos; Desempenho emocional (3 itens): procura avaliar como o estado emocional interfere nas actividades diárias domésticas ou no trabalho, no período estudado; Saúde mental (6 itens): pretende avaliar a interferência de sentimentos como ansiedade, depressão, felicidade e tranquilidade no quotidiano do indivíduo, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico; Mudança de saúde (1 item) não constitui por si só uma dimensão, tem como objectivo avaliar a saúde actual.

Estas oito dimensões podem ser agrupadas em dois conceitos, saúde física e saúde mental (Ferreira, 2000).

As várias dimensões contêm de 2 a 10 itens e são pontuadas através do método de Likert (1932). A função física inclui os itens 3 a), 3 b), 3 c), 3 d), 3 e), 3 f), 3 g), 3 h), 3 i), 3 j); Desempenho físico inclui os itens 4 a), 4 b), 4c) e 4d); Dor corporal inclui os 7 e 8; Saúde geral 1, 11 a), 11 b), 11 c), 11 d); Vitalidade inclui os itens 6 e 10; Desempenho emocional inclui os itens 5 a), 5 b) e 5 c); Saúde mental inclui os itens 9 b), 9 c), 9 d), 9 f) e 9 h); Mudança de saúde inclui o item 2.

Foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 18.0) para análise dos dados e utilizada a estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão) e estatística inferencial (teste do Qui-Quadrado (χ^2), teste t student, teste Anova, Teste Scheffé, teste de Spearman, teste Mann-whintney, teste de Kruskal-Wallis, análise de correspondência múltipla, com um nível de significância de 5%.

Os dados foram apresentados sob a forma de texto, gráficos e tabelas, de modo a realçar e sistematizar a informação mais relevante, com maior significado e directamente relacionada com os objectivos da investigação.

4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo são apresentados, analisados os dados do estudo resultantes da aplicação do instrumento de colheita de dados. Os dados apresentados, reportam-se exclusivamente à população em estudo, não podendo ser feita qualquer extrapolação para a população em geral.

4.1 – Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra

Caracterização sócio-demográfica

Centro de saúde

A distribuição da amostra por Centro de Saúde é apresentada na tabela 1, tendo o Centro de Saúde de Bragança maior percentagem de inquiridos (22,3%), variando os restantes entre 3,8% e 10,9%.

Tabela 1- Distribuição dos inquiridos por Centro de Saúde

Centro de Saúde	n	%
Alfândega da Fé – AF	59	5,3%
Bragança – BG	248	22,3%
Carrazeda de Ansiães – CA	85	7,7%
Freixo de Espada a Cinta – FC	60	5,4%
Macedo de Cavaleiros – MC	105	9,5%
Miranda do Douro – MD	65	5,9%
Mirandela – ML	121	10,9%
Mogadouro – MG	70	6,3%
Torre de Moncorvo – TM	74	6,7%
Vila Flor – VF	63	5,7%
Vila Nova de Foz Côa – VC	59	5,3%
Vimioso – VM	42	3,8%
Vinhais – VN	60	5,4%
Total	1111	100,0%

Sexo

No que diz respeito ao sexo, observou-se uma predominância do sexo feminino (71,4%) sendo os restantes 28,6% do sexo masculino (Gráfico 1).

A distribuição dos inquiridos, por sexo em função dos Centros de Saúde da sua área de residência é praticamente semelhante, no entanto os Centros de Saúde de Torre de Moncorvo e de Vila Flor são os que apresentam maior taxa de feminilidade (77,0% e 77,8%; respectivamente); enquanto o Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães e Vimioso têm maior proporção de indivíduos do sexo masculino (36,5% e 35,7%; respectivamente). Estudando a independência entre o sexo e o Centro de Saúde, com a utilização do teste de independência de Qui-Quadrado ($\chi^2=9,368$; g.l.=12; $p=0,671$ ns), como $p > 0,05$ (0,671), concluímos que o sexo é significativamente independente do Centro de Saúde de pertença. No entanto, vemos que o Centro de Saúde com maior proporção de utentes do sexo feminino é o Centro de Saúde Vila Flor com 77,8%; enquanto o Centro de Saúde de Carrazeda Ansiães tem a maior proporção de utentes do sexo masculino (36,5%) quando comparado com os outros Centros (Tabela 2).

Gráfico 1- Sexo dos Inquiridos

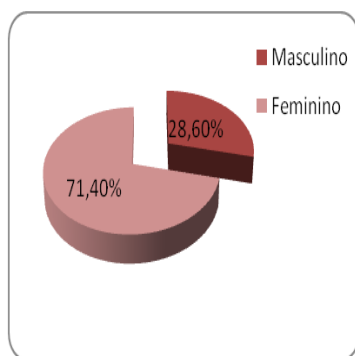


Tabela 2- Distribuição dos inquiridos por sexo segundo Centro de Saúde.

CS	Sexo				CS	Sexo			
	M		F			M		F	
	n	%	n	%		n	%	n	%
AF	19	32,2%	40	67,8%	MG	21	30,0%	49	70,0%
BG	72	29,0%	176	71,0%	TM	17	23,0%	57	77,0%
CA	31	36,5%	54	63,5%	VF	14	22,2%	48	77,8%
FC	18	30,0%	42	70,0%	VC	14	23,7%	45	76,3%
MC	34	32,4%	71	67,6%	VM	15	35,7%	27	64,3%
MD	18	27,7%	47	72,3%	VN	16	26,7%	44	73,3%
ML	29	24,0%	92	76,0%	Tot.	318	28,6%	793	71,4%

Teste de Qui-Quadrado: $\chi^2=9,368$; g.l.=12; $p=0,671$ ns

Idade

Quanto à distribuição da idade dos inquiridos, esta varia entre um mínimo de 18 até um máximo de 90 anos, sendo assimétrica positiva - a maior parte dos inquiridos tem idades inferiores a 50 anos (Gráfico 2 e Tabela 3). Com base na mediana, vemos que 50% dos utentes tem entre 18 e 45 anos e os outros 50% entre os 45 e 90 anos, tendo uma média de 47,6 anos com um desvio-padrão de 18,5 anos.

Gráfico 2- Histograma com curva normal da idade dos inquiridos

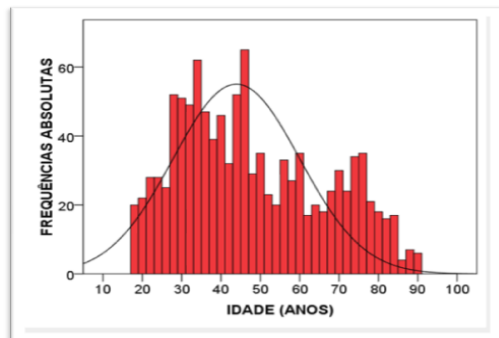


Tabela 3- Média de idades dos inquiridos

Mín-Máx	$\bar{X} \pm S$	P ₅₀	Assimetria	Achatamento
18 - 90	47,6 ± 18,5	45	5,356	-6,299

Visualizando a distribuição da idade dos inquiridos segundo o Centro de Saúde de proveniência, vemos que globalmente não existem diferenças notórias, apesar de Vila Flor apresentam maior variação (Gráfico 3).

A aplicação do teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=17,688$; g.l.=12; p=0,125 ns) permite concluir que a distribuição da idade dos utentes é significativamente igual em todos os Centros de Saúde. No entanto, vemos que Alfundega da Fé e Vila Flor são os Centros de Saúde com maior idade média (51,0 e 50,7 anos, respectivamente), enquanto Mirandela é o que apresenta menor idade média (43,9 anos) (Tabela 4).

Gráfico 3- Caixa de bigodes da idade dos inquiridos segundo o Centro de Saúde

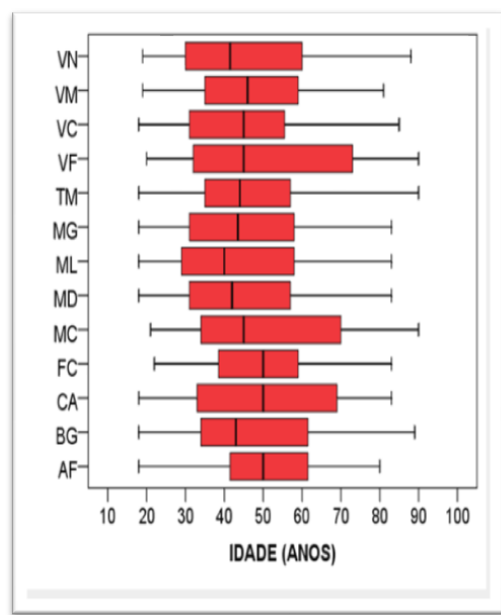


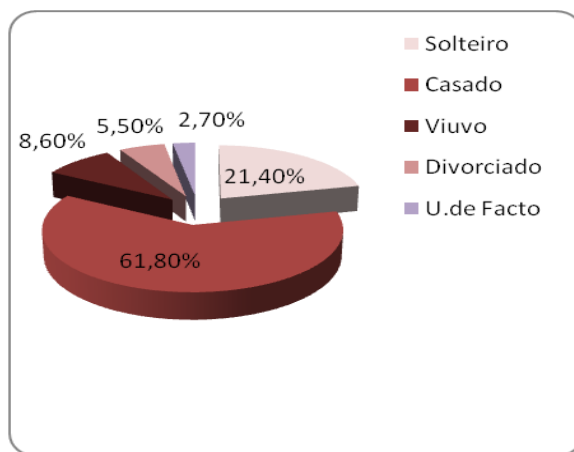
Tabela 4- Estatísticas descritivas da idade segundo o Centro de Saúde

CS	Mín. - Máx.	$\bar{X} \pm S$	P ₅₀	Média Ordens
AF	18-80	51,0±15,5	50,0	632,2
BG	18-89	47,1±18,7	43,0	545,3
CA	18-83	49,3±19,2	50,0	583,0
FC	22-83	49,9±15,9	50,0	609,1
MC	21-90	50,9±20,5	45,0	601,8
MD	18-83	44,4±18,1	42,0	502,1
ML	18-83	43,9±17,3	40,0	488,3
MG	18-83	45,5±17,4	43,5	524,7
TM	18-90	48,1±18,5	44,0	566,6
VF	20-90	50,7±21,0	45,0	589,2
VC	18-85	46,5±18,2	45,0	539,5
VM	19-81	48,9±16,3	46,0	590,3
VN	19-88	46,5±19,5	41,5	529,5
Total	18-90	47,6±18,5	45,0	-----
Teste de KW - $\chi^2=17,688$; g.l.=12; p=0,125 ns				

Estado civil

O estudo do estado civil dos utentes inquiridos, permite verificar que a maioria é casada (61,8%), 21,8% são solteiros, 8,6% viúvos, 5,5% divorciados e 2,7% vivem em união de facto (Gráfico 4).

Gráfico 4- Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil



Agregado familiar

Relativamente ao tamanho do agregado familiar verificamos que varia entre um mínimo de uma até um máximo de nove pessoas, onde 15,6% são agregados unipessoais, 32,6% são agregados com dois indivíduos, 46,5% tem 3 ou 4 pessoas e 5,4% mais de 4 pessoas (Gráfico 5 e Tabela 5).

Gráfico 5 - Número de pessoas do agregado familiar

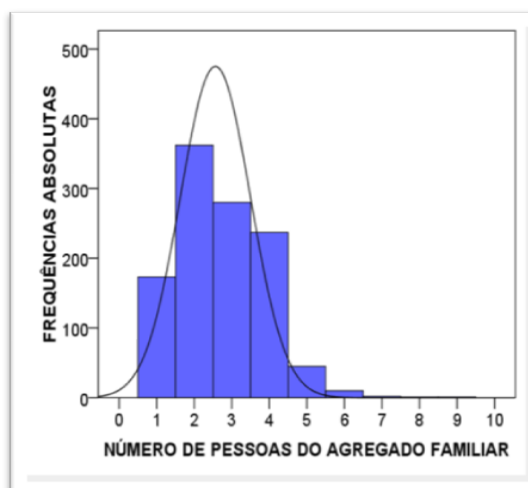


Tabela 5- Número de pessoas do agregado familiar

Agregado Familiar	n	%
1 Pessoa	173	15,6%
2 Pessoas	362	32,6%
3 Pessoas	280	25,2%
4 Pessoas	237	21,3%
5 Pessoas	45	4,1%
6 Pessoas	10	0,9%
7 Pessoas	2	0,2%
8 Pessoas	1	0,1%
9 Pessoas	1	0,1%
Total	1111	100,0%
Estatísticas Descritivas	$\bar{X} \pm S = 2,20 \pm 1,18$	
	$P_{50} = 3$	

Aplicando o teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=27,932$; $g.l.=12$; $p=0,006$) concluímos que existem diferenças significativas no número de pessoas que compõem o agregado familiar em função do seu Centro de Saúde. Assim, os utentes de Vimioso e Freixo de Espada à Cinta pertencem a

famílias que tem em média 3 pessoas por agregado familiar; enquanto os utentes de Carrazeda de Ansiães (474,3) e de Vinhais tem 2,4 e 2,3 pessoas, respectivamente em média por agregado familiar (Gráfico 6 e Tabela 6).

Gráfico 6- Número de pessoas do agregado familiar segundo o Centro de Saúde

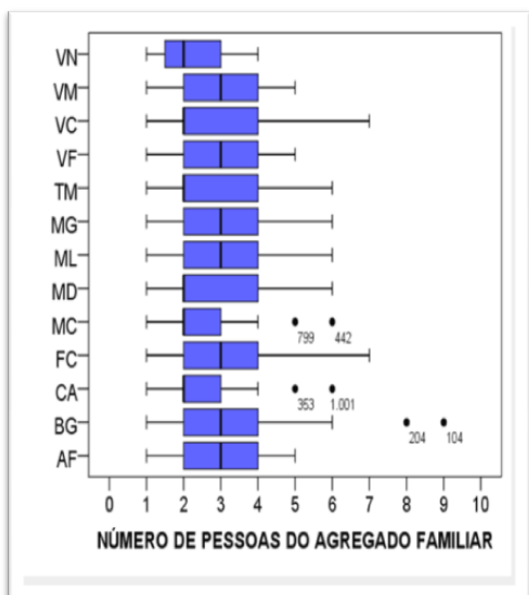


Tabela 6- Comparação do número de pessoas no agregado familiar segundo o Centro de Saúde

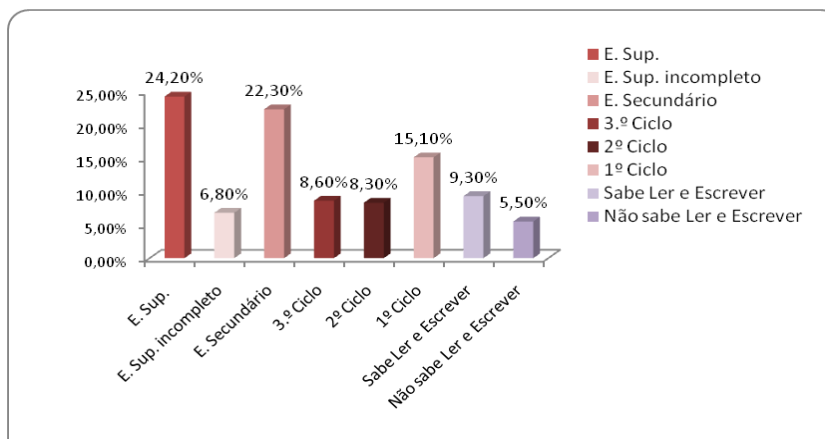
Centro de Saúde	Mín-Máx	$\bar{X} \pm S$	P ₅₀	Média Ordens
AF	1-5	2,8 ± 1,2	3,0	593,0
BG	1-9	2,8 ± 1,3	3,0	579,8
CA	1-6	2,4 ± 1,2	2,0	474,3
FC	1-7	3,0 ± 1,3	3,0	626,5
MC	1-6	2,4 ± 1,1	2,0	483,8
MD	1-6	2,7 ± 1,2	2,0	556,4
ML	1-6	2,9 ± 1,1	3,0	598,6
MG	1-6	2,8 ± 1,1	3,0	575,6
TM	1-6	2,7 ± 1,1	2,0	548,7
VF	1-5	2,7 ± 1,1	3,0	561,2
VC	1-7	2,6 ± 1,3	2,0	520,1
VM	1-5	3,0 ± 1,2	3,0	634,5
VN	1-4	2,3 ± 1,0	2,0	467,6
Total	1-9	2,7 ± 1,2	3,0	

Teste de KW: $\chi^2=27,932$; g.l.=12; p=0,006 **

Nível de instrução

Quanto ao nível de instrução, verificamos que 24,2% possui o ensino superior, 29,1% o ensino secundário, 32,0% o ensino básico (3º Ciclo (8,6%), 2º Ciclo (8,3%) e 1º Ciclo (15,1%), 9,3% sabe ler e escrever e ainda 5,5% que não sabe ler nem escrever (Gráfico 7).

Gráfico 7- Distribuição dos inquiridos segundo a escolaridade

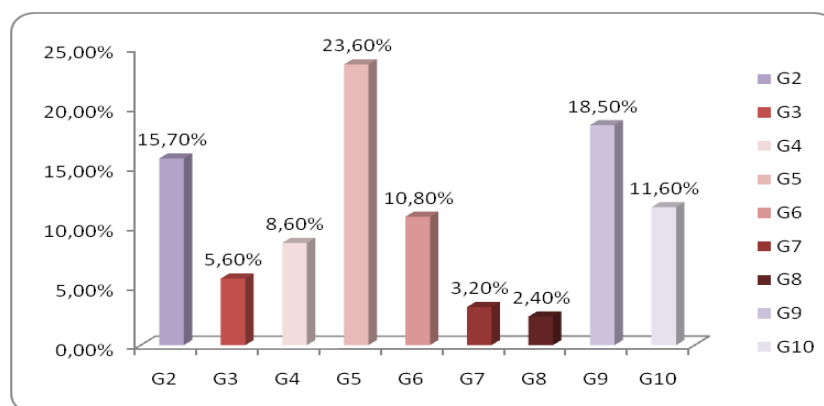


Discriminando a escolaridade dos inquiridos em função do Centro de Saúde, vemos que os utentes de Vila Flor apresentam a maior taxa de pessoas que não sabem nem ler nem escrever (17,5%); Alfândega da Fé, a maior taxa de utentes que sabem ler e escrever (35,6%); Freixo de Espada Cinta, a maior taxa de utentes com o ensino básico (48,3%) e 11,7% dos inquiridos não sabe ler nem escrever; Vila Nova de Foz Côa, maior proporção de utentes com o ensino secundário (39,0%) e Vimioso, a maior taxa de utentes com o ensino superior (40,5%). Aplicando o teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=50,809$; $g.l.=12$; $p < 0,001$ ***) conclui-se que o nível de escolaridade dos utentes inquiridos não é significativamente igual em todos os Centros de Saúde. Vemos assim que os utentes de Vila Nova de Foz Côa e de Alfândega da Fé são os utentes com menor nível de escolaridade, enquanto os utentes de Mirandela e de Vimioso são os apresentam maior nível de escolaridade (Anexo III)

Situação profissional

Relativamente ao grupo profissional mais frequente é o grupo do pessoal dos serviços e vendedores (G5), 23,6% do total dos 1111 inquiridos. Em segundo plano, destacam-se os trabalhadores não qualificados, domésticas (G9) com 18,5% e os especialistas das profissões intelectuais e científicas (G2) com 15,7%. A nível intermédio, estão em relevo os estudantes (G10) com 11,6% e os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas (G6) com 10,8%. Em relação aos grupos profissionais menos frequentes, 5,6% são técnicos e profissionais de nível intermédio (G3), 8,6% pessoal administrativo e similares (G4), 3,2% operários, artífices e similares (G7) e 2,4% operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem (G8) (Gráfico 8).

Gráfico 8- Distribuição dos inquiridos segundo a profissão



Ao estudarmos a situação profissional actual dos utentes (Gráfico 9), é de notar que a maior parte pertence à população activa (59,7%), enquanto 11,9% estão desempregados e os restantes 29,1% encontram-se reformados (20,2% reformados por ter idade para tal e 8,3% reformados por doença).

Recorrendo ao teste de independência de Qui-Quadrado ($\chi^2=69,256$; $g.l.=36$; $p=0,001$ **) concluímos que a situação profissional actual dos utentes não é significativamente independente

dos Centro de Saúde. Assim, os utentes de Mirandela (75,4%) e de Vimioso (76,2%) apresentam maior taxa de população activa; enquanto Vila Flor (46,0%) e Freixo Espada à Cinta (50,0%) apresentam menores taxa de actividade; Freixo de Espada à Cinta (26,7%) e Mirandela (18,2%) são os Centros de Saúde onde os utentes têm maior taxa de desemprego, Carrazeda de Ansiães (25,9%) e Vila Flor (31,7%) são os Centros de Saúde com mais reformados por idade e Macedo de Cavaleiros (15,2%) e Bragança (12,1%) tem maior taxa de utentes reformados por doença (Tabela 7).

Gráfico 9- Distribuição dos inquiridos segundo a situação profissional actual

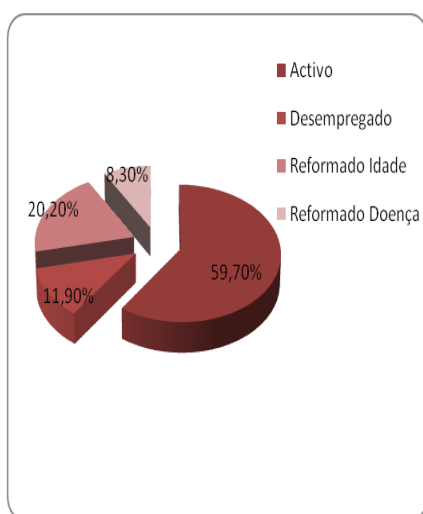


Tabela 7- Situação profissional actual dos inquiridos em função do Centro de Saúde

CS	Situação profissional							
	Activo		Desem.		Refor. I		Refor.D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AF	34	57,6%	9	15,3%	13	22,0%	3	5,1%
BG	148	59,7%	28	11,3%	42	16,9%	30	12,1%
CA	50	58,8%	5	5,9%	22	25,9%	8	9,4%
FC	30	50,0%	16	26,7%	12	20,0%	2	3,3%
MC	59	56,2%	8	7,6%	22	21,0%	16	15,2%
MD	49	75,4%	5	7,7%	9	13,8%	2	3,1%
ML	70	57,9%	22	18,2%	22	18,2%	7	5,8%
MG	43	61,4%	8	11,4%	12	17,1%	7	10,0%
TM	44	59,5%	9	12,2%	17	23,0%	4	5,4%
VF	29	46,0%	9	14,3%	20	31,7%	5	7,9%
VC	38	64,4%	8	13,6%	12	20,3%	1	1,7%
VM	32	76,2%	0	0,0%	10	23,8%	0	0,0%
VN	37	61,7%	5	8,3%	11	18,3%	7	11,7%
Total	663	59,7%	132	11,9%	224	20,2%	92	8,3%

Teste $\chi^2: \chi^2=69,256; g.l.=36; p=0,001$ **

Local de residência

Relativamente ao local de residência dos inquiridos verificamos que a maior parte dos utentes inquiridos reside em zona urbanas (57,4%), enquanto 42,6% vive em zonas rurais (Gráfico 10).

Pela análise do resultado do teste de independência de Qui-Quadrado ($\chi^2=60,855; g.l.=12; p < 0,001$) conclui-se que o tipo de residência não é significativamente independente do Centro de Saúde (Tabela 8). Assim, na prática vemos que existe uma associação entre o local de residência e o Centro de Saúde, sendo os utentes dos Centro de Saúde de Bragança (67,3%), Macedo de Cavaleiros (64,8%), Mirandela (61,5%), Mogadouro (61,4%) e Vila Nova de Foz Côa (66,1%) mais associados a residirem em zona urbanas que os outros Centro de Saúde.

Gráfico 10- Distribuição dos inquiridos segundo o local de residência dos inquiridos

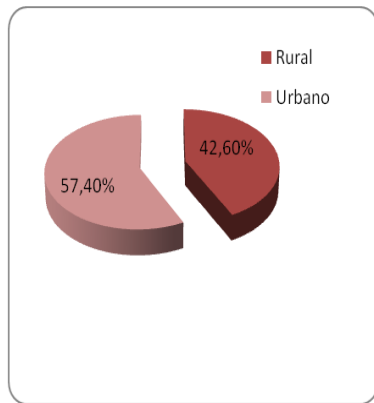


Tabela 8- Residência dos inquiridos em função do Centro de Saúde

CS	Residência				CS	Residência			
	Rural		Urbano			Rural		Urbano	
	n	%	n	%		n	%	n	%
AF	34	57,6%	25	42,4%	MG	27	38,6%	43	61,4%
BG	81	32,7%	167	67,3%	TM	36	48,6%	38	51,4%
CA	42	49,4%	43	50,6%	VF	39	61,9%	24	38,1%
FC	41	68,3%	19	31,7%	VC	20	33,9%	39	66,1%
MC	37	35,2%	68	64,8%	VM	26	61,9%	16	38,1%
MD	25	38,5%	40	61,5%	VN	26	43,3%	34	56,7%
ML	39	57,6%	82	42,4%	Total	473	42,6%	638	57,4%

Teste de χ^2 : $\chi^2=60,855$; g.l.=12; $p < 0,001$ ***

Em relação a posse de casa própria vemos que a grande maioria dos utentes inquiridos é proprietário (75,9%); havendo no entanto 24,1% dos utentes que não possuem casa própria (Gráfico 11).

Ao estudarmos a independência entre a posse de casa própria e o Centro de Saúde de pertença, com base no resultado do teste de independência de Qui-Quadrado ($\chi^2=18,725$; g.l.=12; $p < 0,095$) conclui-se pela existência de independência entre estas; significando que a percentagem de utentes que possui casa própria é significativamente igual nos diferentes Centros de Saúde de proveniência do utente (Tabela 9). No entanto, verificamos que os utentes de Mogadouro (30%), Vila Flor (30,2%) e Vinhais (28,3%) têm uma proporção razoável e acima da média de utentes que não possuem casa própria.

Gráfico 11- Distribuição dos inquiridos segundo a posse de casa própria

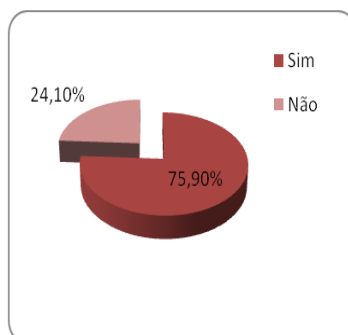


Tabela 9- Distribuição dos inquiridos segundo a posse de casa própria em função do Centro de Saúde

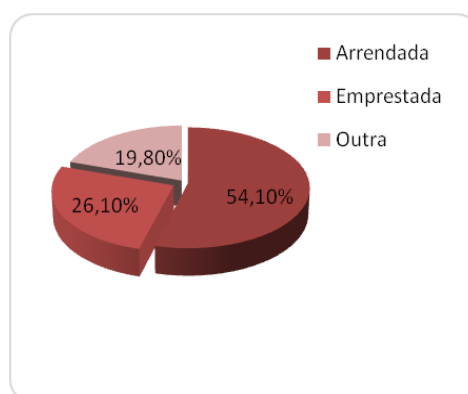
CS	Casa Própria				CS	Casa Própria			
	Sim		Não			Sim		Não	
	n	%	n	%		n	%	n	%
AF	43	72,9%	16	27,1%	MG	49	70,0%	48	30,0%
BG	204	82,3%	44	17,7%	TM	61	82,4%	61	17,6%
CA	69	81,2%	16	18,8%	VF	44	69,8%	44	30,2%
FC	46	76,7%	14	23,3%	VC	37	62,7%	37	37,3%
MC	78	74,3%	27	25,7%	VM	33	78,6%	33	21,4%
MD	48	73,8%	17	26,2%	VN	43	71,7%	43	28,3%
ML	88	72,7%	33	27,3%	Total	843	75,9%	268	24,1%

Teste de χ^2 : $\chi^2=18,725$; g.l.=12; $p=0,095$ ns

No que diz respeito aos utentes que não possuem casa própria, vemos que a maioria vive em casas arrendadas (54,1%), 26,1% residem em casas emprestadas e 19,8% residem em outro tipo

de residência (lar, pais e filhos/familiares) (Gráfico 12). Pela aplicação do teste de Qui-Quadrado ($\chi^2=53,348$; $g.l.=24$; $p<0,001$) conclui-se que o tipo de casa alheia não é significativa independente do concelho onde residem (Quadro 12). Assim, vemos que os utentes sem casa própria de Bragança, Vila Flor e Vila Nova de Foz Côa estão sobretudo associados e vivem em casa arrendada; os utentes de Freixo de Espada à Cinta, Mirandela, Torre Moncorvo e Vimioso estão essencialmente associados a viverem em casa emprestada; e os utentes de Alfandega da Fé, Mogadouro e Vinhais, ao facto de viverem em outro tipo de casa (Lar/pais/filhos).

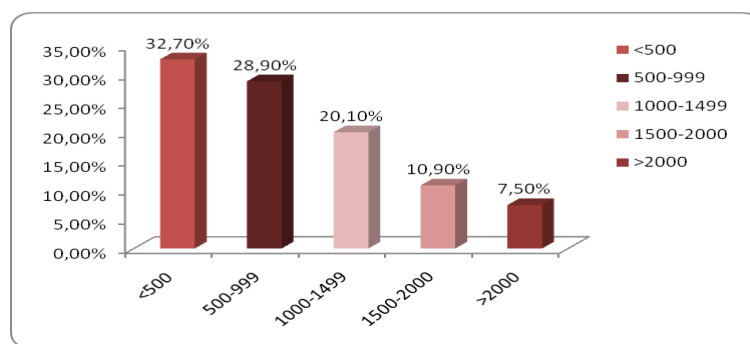
Gráfico 12- Distribuição dos inquiridos sobre a forma de propriedade de casa



Rendimento Familiar

Relativamente ao rendimento familiar, concluímos que a grande maioria 61,6% dos utentes tem um rendimento familiar inferior a 1000 euros, já 32,7% tem menos de 500 euros por família e 28,9% tem entre 500 e 999 euros. Dos restantes, 20,1% tem entre 1000 e 1499 euros, 10,9% entre 1500 e 2000 euros e 7,5% sugerem ter mais de 2000 euros de rendimento familiar (Gráfico 13).

Gráfico 13- Distribuição dos inquiridos segundo o rendimento familiar



Fazendo uso do teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=47,198$; $g.l.=12$; $p<0,001$) concluímos que o nível de rendimento familiar não é significativamente igual em todos os Centros de Saúde. Com base na média das ordens, vemos que os utentes dos Centros de Saúde de Vimioso e de Bragança são os

que apresentam maiores rendimentos familiares, e os utentes de Freixo Espada à Cinta e de Vila flor menor rendimento familiar (Tabela 10).

Tabela 10- Distribuição dos inquiridos segundo o rendimento familiar em função do Centro de Saúde

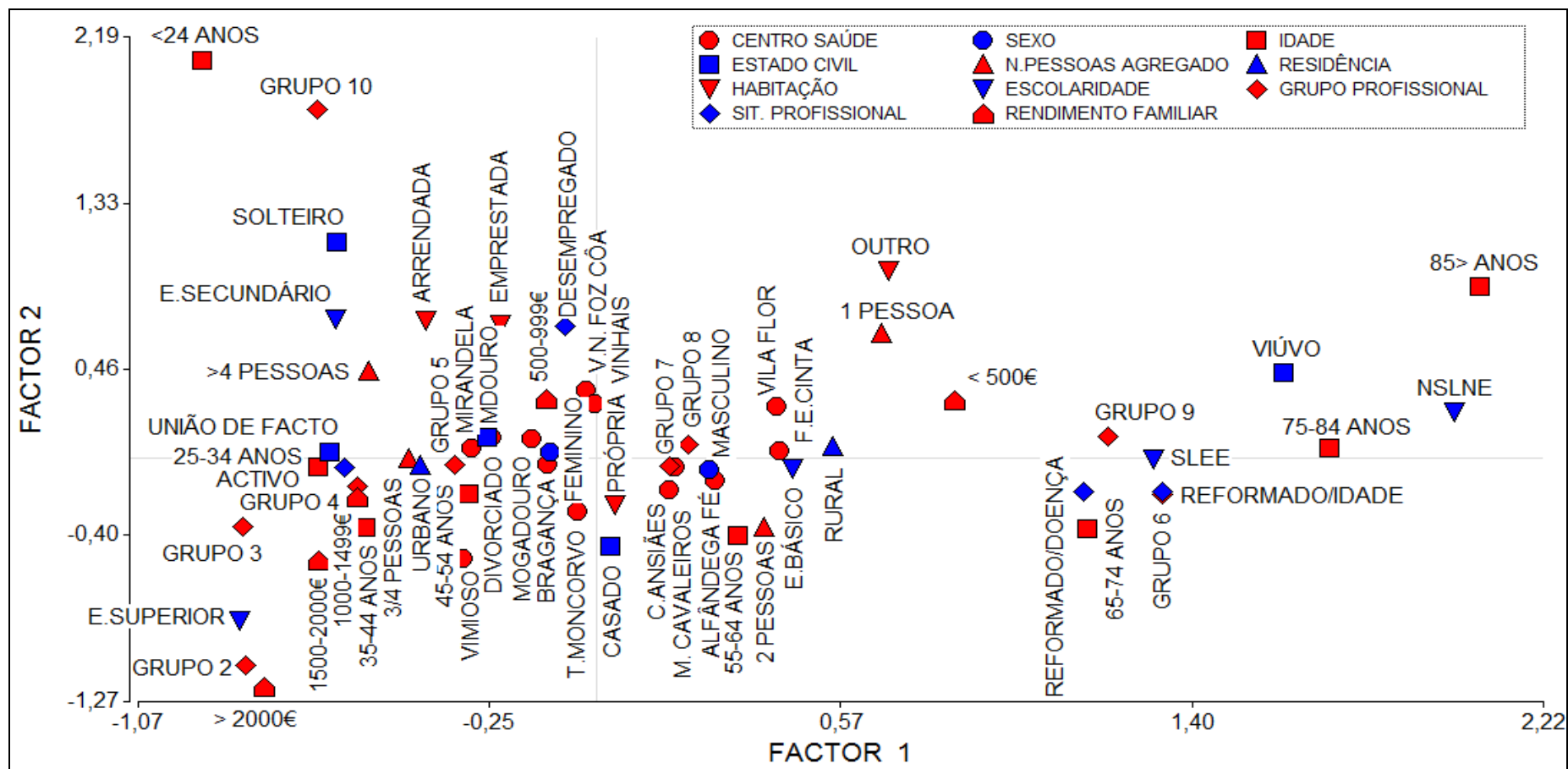
CS	Rendimento Familiar (Euros)										Média Ordens
	< 500		500-999		1000-1499		1500-2000		>2000		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
AF	24	40,7%	17	28,8%	9	15,3%	7	11,9%	2	3,4%	497,56
BG	58	23,4%	84	33,9%	48	19,4%	33	13,3%	25	10,1%	610,78
CA	27	31,8%	19	22,4%	24	28,2%	9	10,6%	6	7,1%	577,72
FC	30	50,0%	20	33,3%	7	11,7%	3	5,0%	0	0,0%	406,93
MC	35	33,3%	28	26,7%	25	23,8%	10	9,5%	7	6,7%	553,45
MD	19	29,2%	21	32,3%	13	20,0%	10	15,4%	2	3,1%	563,54
ML	47	38,8%	30	24,8%	22	18,2%	15	12,4%	7	5,8%	527,24
MG	24	34,3%	18	25,7%	17	24,3%	4	5,7%	7	10,0%	552,77
TM	20	27,0%	25	33,8%	13	17,6%	8	10,8%	8	10,8%	586,38
VF	31	49,2%	17	27,0%	6	9,5%	4	6,3%	5	7,9%	453,14
VC	24	40,7%	19	32,2%	9	15,3%	4	6,8%	3	5,1%	484,24
VM	7	16,7%	9	21,4%	14	33,3%	3	7,1%	9	21,4%	706,38
VN	17	28,3%	14	23,3%	16	26,7%	11	18,3%	2	3,3%	599,23
Total	363	32,7%	321	28,9%	223	20,1%	121	10,9%	83	7,5%	-----

Teste de K-W: $\chi^2=47,198$; g.l.=12; $p<0,001$ ***

Realizando uma análise de correspondência múltipla entre o Centro de Saúde, sexo, idade, estado civil, número de pessoas do agregado familiar, residência, posse de habitação própria, escolaridade, grupo profissional, situação profissional e rendimento familiar; reduzida a dois factores que explicam 13,09% da variância (Gráfico 14). O factor 1 nos seus valores superiores (quadrantes da direita) permite associar os utentes com mais de 64 anos que não sabem ler e escrever ou sabem ler e escrever.

Estes utentes são geralmente viúvos, têm um rendimento familiar inferior a 500 euros estão reformados por idade ou por doença ou são agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas ou trabalhadores não qualificados. Do quadrante inferior esquerdo, vemos que os utentes com 25-34 anos, têm um rendimento familiar superior a 1000 euros, possuem um curso superior e são sobretudo especialistas das profissões intelectuais e científicas (G2), técnicos e profissionais de nível intermédio (G3). No quadrante superior esquerdo encontramos os utentes com menos de 24 anos, que são solteiros e com maior tendência a possuir o ensino secundário ou frequentar o ensino superior.

Gráfico 14- Análise de correspondência múltiplas sobre as variáveis sociodemográficas



Caracterização Clínica

Problemas de saúde dos inquiridos

Ao estudar a existência de problemas de saúde nos inquiridos verificamos que um pouco mais de metade dos inquiridos (52,0%) tem pelo menos um problema de saúde, havendo 48% que não referem ter problemas de saúde (Gráfico 15).

Fazendo uso do teste de Qui-Quadrado ($\chi^2=32,389$; $g.l.=12$; $p=0,001$) concluímos que a proporção de utentes que tem algum problema de saúde não é significativamente igual em todos os Centros de Saúde (Tabela 11). Assim, destancam-se os utentes de Freixo de Espada à Cinta (66,7%), Vila Flor (63,5%) e Vila Nova de Foz Côa (61,0%) como tendo taxa de utentes com problemas de saúde superiores a média percentual (52,0%) e Miranda do Douro (29,2%) e Vimioso (35,7%) com taxas inferiores à média.

Gráfico 15 - Distribuição dos inquiridos segundo a existência de problemas de saúde

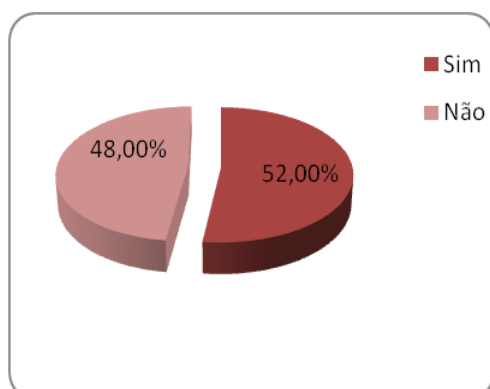
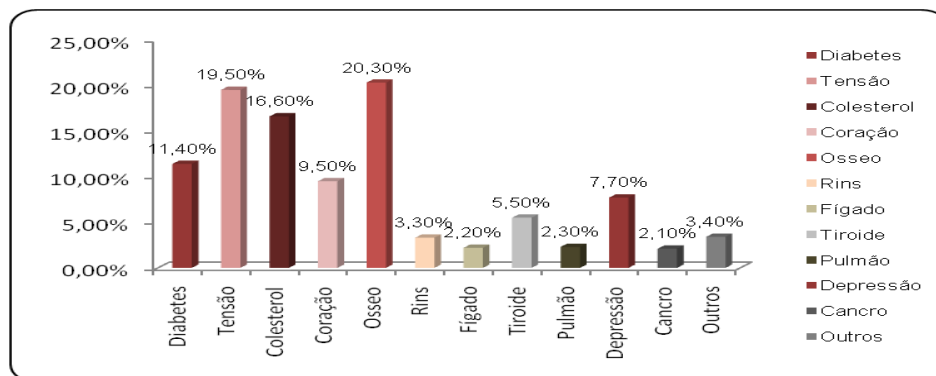


Tabela 11 - Distribuição dos inquiridos segundo a existência de problemas de saúde em função do Centro de Saúde

CS	Problema de saúde			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
AF	29	49,2%	30	50,8%
BG	137	55,2%	111	44,8%
CA	46	54,1%	39	45,9%
FC	40	66,7%	20	33,3%
MC	56	53,3%	49	46,7%
MD	19	29,2%	46	70,8%
ML	55	45,5%	66	54,5%
MG	34	48,6%	36	51,4%
TM	40	54,1%	34	45,9%
VF	40	63,5%	23	36,5%
VC	36	61,0%	23	39,0%
VM	15	35,7%	27	64,3%
VN	31	51,7%	29	48,3%
Total	578	52,0%	533	48,0%
Teste de χ^2 : $\chi^2=32,389$; $g.l.=12$; $p=0,001$ **				

No que diz respeito aos problemas de saúde, vemos que os mais referidos são os problemas osteo-articulares presentes em 20,3% dos utentes inquiridos); seguidos de perto pelos problemas de tensão arterial (19,5%). A um segundo nível, destacam-se os problemas de colesterol elevado (16,6%), a diabetes (11,4%) e problemas do foro cardíaco (9,5%). Com menor percentagem, mas com algum destaque, surgem a depressão (7,7%) e os problemas de tiróide (5,5%) (Gráfico 16).

Gráfico 16- Distribuição dos inquiridos segundo os problemas de saúde



Aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado, podemos concluir que não existem diferenças significativas entre os inquiridos por Centros de Saúde para todos os problemas de saúde, com excepção da diabetes e tensão arterial ($p < 0,05$) e marginalmente significativo, quanto aos problemas de coração e rins ($0,05 < p < 0,08$) (Anexo IV).

Assim, em relação à diabetes, destacam-se negativamente os utentes de Freixo de Espada à Cinta (21,7%), Vila Flor (22,2%) e Vila Nova de Foz Côa (25,4%). Quando à tensão arterial, é de priorizar a atenção aos utentes de Freixo de Espada à Cinta (28,3%), Macedo de Cavaleiros (23,8%), Vila Flor (23,8%) e Vinhais (23,3%). No que diz respeito aos problemas de origem cardíaca, estes têm superior incidência nos utentes de Carrazedo de Ansiães (16,5%), Mogadouro (14,3%) e Vinhais (13,3%). Finalmente, os problemas de rins, têm maior prevalência em Freixo de Espada à Cinta (8,3%) e Torre de Moncorvo (6,8%). Relativamente às doenças da tiróide, destaca-se os utentes do Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa com 11,9% da população, dados muito superiores a média (5,5%) (Anexo IV).

Pela Análise de Correspondências Múltiplas entre os problemas de diabetes, tensão, colesterol, coração, osteo-articulares, rins, fígado, tiróide, pulmão, depressão, cancro e outros problemas vemos que existe uma associação entre os problemas de colesterol, tensão arterial, coração e diabetes. Por outro lado existe uma associação entre os problemas de depressão, fígado e rins (Anexo IV)

Duração do Problema de Saúde

Quanto à distribuição da duração do problema de saúde, este varia entre um mínimo de 0,5 anos até um máximo de 60 anos, sendo assimétrica positiva, a maior parte dos inquiridos tem os problemas há menos de 20 anos (Gráfico 17). Com base na mediana, vemos que 50% dos utentes tem problemas de saúde entre 0,5 e 10 anos e os outros 50% entre os 10 e 60 anos, sendo a média de 11,8 anos com um desvio-padrão de 9,7 anos (Tabela 12).

Gráfico 17 - Histograma com curva da duração do problema de saúde

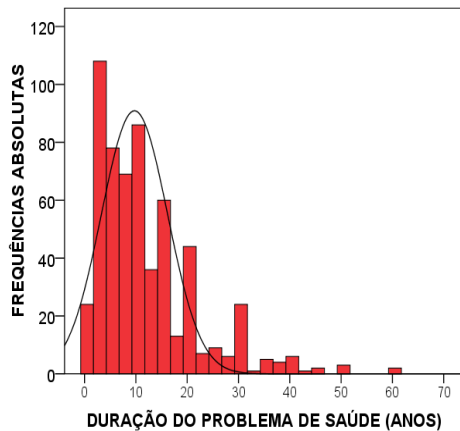


Tabela 12 - Duração dos problemas de saúde dos inquiridos

Mín-Máx	$\bar{X} \pm S$	P ₅₀	AS	CT
0,5 – 60	11,8 ± 9,7	10	16,287	16,950

Visualizando a distribuição da duração do problema de saúde nos utentes, segundo o Centro de Saúde de proveniência, vemos que globalmente não existem diferenças notórias, com exceção dos utentes do Centro de Saúde de Miranda do Douro que apresentam menor variação (Gráfico 18). A aplicação do teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=14,378$; g.l.=12; p=0,277 ns) permite concluir que a média da duração do problema de saúde dos utentes é igual em todos os Centros de Saúde. No entanto, vemos que os utentes de Macedo de Cavaleiros (15,2) e de Mirandela (13,3) têm um tempo de duração superior a média dos Centros de Saúde em estudo, enquanto os utentes de Vinhais (8,8) tem menor duração do problema (Tabela 13).

Gráfico 18- Caixa de bigodes da duração do problema de saúde dos inquiridos segundo o Centro de Saúde

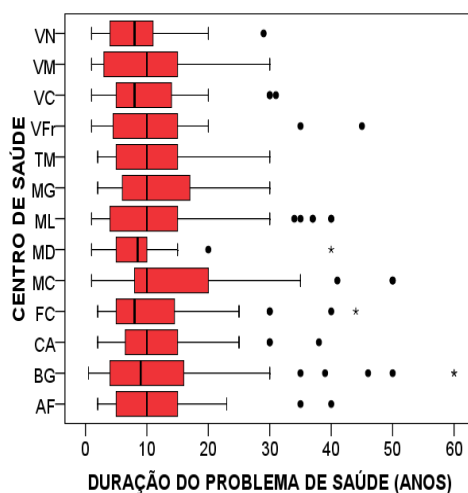


Tabela 13- Distribuição dos inquiridos em relação a duração do problema de saúde em função do Centro de Saúde

CS	Mín-Máx	$\bar{X} \pm S$	P ₅₀	Média Ordens
AF	2,0 - 40,0	11,4 ± 9,2	10,0	294,02
BG	0,5 - 60,0	11,8 ± 11,1	9,0	284,06
CA	2,0 - 38,0	11,8 ± 8,0	10,0	311,36
FC	2,0 - 44,0	11,3 ± 9,8	8,0	282,06
MC	1,0 - 50,0	15,2 ± 11,2	10,0	354,28
MD	1,0 - 40,0	9,5 ± 8,5	8,5	253,13
ML	1,0 - 40,0	13,3 ± 11,3	10,0	306,55
MG	2,0 - 30,0	12,1 ± 8,1	10,0	317,90
TM	2,0 - 30,0	11,3 ± 8,1	10,0	297,11
VF	1,0 - 45,0	11,1 ± 9,0	10,0	287,10
VC	1,0 - 31,0	10,2 ± 7,9	8,0	271,66
VM	1,0 - 30,0	10,5 ± 8,0	10,0	280,10
VN	1,0 - 29,0	8,8 ± 6,7	8,0	243,06
Total	0,5 - 60,0	11,8 ± 9,7	10,0	294,02

Teste de K-W: $\chi^2=14,378$; g.l.=12; p=0,277 ns

Número de Refeições

Quanto ao número de refeições mais frequente, concluímos que é de quatro refeições diárias, realizadas por 36,9% dos utentes. Dos restantes, 26,1% faz mais de quatro refeições diárias, 32,5% três refeições diárias e 4,5% menos de três refeições diárias (Gráfico 19).

Recorrendo ao teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=17,132$; $g.l.=12$; $p=0,145$ ns) podemos concluir que o número habitual de refeições diárias é igual independentemente dos Centros de Saúde dos utentes. É no entanto de destacar que em Vimioso, 9,5% dos utentes faz habitualmente menos de três refeições. Utilizando as percentagens totais vemos que 93,6% dos utentes tomam o pequeno-almoço, 33,1% comem algo a meio da manhã, 98,8% almoçam, 60,8% lancham, 97,7% jantam e 18,1% ceiam, deduzindo que as principais refeições são o pequeno-almoço, almoço e jantar (Tabela 14).

Gráfico 19- Distribuição dos inquiridos segundo o número de refeições diárias habituais

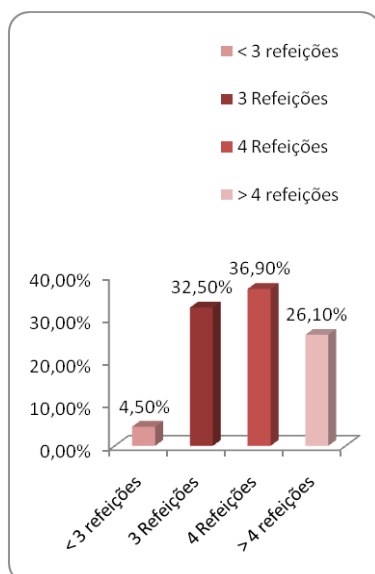


Tabela 14- Distribuição dos inquiridos segundo o número de refeições diárias em função do Centro de Saúde

CS	Nº Refeições Diárias								Média Ordens
	< 3		3		4		>4		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
AF	2	3,4%	14	23,7%	25	42,4%	18	30,5%	611,77
BG	12	4,8%	96	38,7%	80	32,3%	60	24,2%	523,35
CA	3	3,5%	26	30,6%	38	44,7%	18	21,2%	551,84
FC	3	5,0%	25	41,7%	24	40,0%	8	13,3%	472,99
MC	1	1,0%	39	37,1%	27	25,7%	38	36,2%	594,35
MD	5	7,7%	12	18,5%	27	41,5%	21	32,3%	612,95
ML	7	5,8%	47	38,8%	35	28,9%	32	26,4%	525,13
MG	2	2,9%	19	27,1%	30	42,9%	19	27,1%	589,98
TM	4	5,4%	14	18,9%	40	54,1%	16	21,6%	587,30
VF	2	3,2%	18	28,6%	26	41,3%	17	27,0%	582,04
VC	1	1,7%	21	35,6%	23	39,0%	14	23,7%	552,32
VM	4	9,5%	14	33,3%	12	28,6%	12	28,6%	531,71
VN	4	6,7%	16	26,7%	23	38,3%	17	28,3%	573,47
Total	50	4,5%	361	32,5%	410	36,9%	290	26,1%	-----
Teste de K-W: $\chi^2=17,132$; $g.l.=12$; $p=0,145$ ns									

Actividade Física

No que diz respeito à prática de actividade física regular ou desporto, observamos que a grande maioria dos utentes diz não a realizar (63,5%), enquanto 36,5% a diz praticar regularmente (Gráfico 20). Ao compararmos a proporção de utentes que pratica actividade física regular ou desporto em função do Centro de Saúde, podemos concluir através do teste de independência de Qui-Quadrado ($\chi^2=12,608$; $g.l.=12$; $p=0,398$ ns) que a sua percentagem é significativamente igual, não havendo diferenças significativas entre os Centros de Saúde (Tabela 15). Apesar de não

existirem diferenças, vemos que os utentes de Carrazedo de Ansiães (44,7%) são o que praticam mais actividade física; ao inverso, destaca-se os utentes de Vila Flor (23,8%).

Gráfico 20- Distribuição dos inquiridos segundo a prática de exercício físico regular

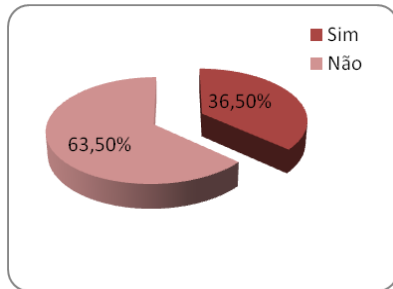


Tabela 15- Distribuição dos inquiridos em relação a prática de exercício físico regular em função do Centro de Saúde

CS	Actividade Física				CS	Actividade Física			
	Sim		Não			Sim		Não	
	n	%	n	%		n	%	n	%
AF	18	30,5%	41	69,5%	MG	22	31,4%	48	68,6%
BG	93	37,5%	155	62,5%	TM	25	33,8%	49	66,2%
CA	38	44,7%	47	55,3%	VF	15	23,8%	48	76,2%
FC	22	36,7%	38	63,3%	VC	22	37,3%	37	62,7%
MC	43	41,0%	62	59,0%	VM	14	33,3%	28	66,7%
MD	27	41,5%	38	58,5%	VN	18	30,0%	42	70,0%
ML	49	40,5%	72	59,5%	Total	406	36,5%	705	63,5%

Teste de χ^2 : $\chi^2=12,608$; g.l.=12; p=0,398 ns

Dos utentes que dizem praticar actividade física regular ou desporto, somente 15,8% a praticam uma vez por semana, 36,9% duas vezes por semana e 47,3% três ou mais vezes por semana (Gráfico 21).

Pela análise do teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=10,546$; g.l.=12; p=0,568 ns) podemos concluir que o nível de regularidade da prática de actividade física ou desporto é igual em todos os Centros de Saúde. Apesar de não existirem diferenças, podemos dizer que os utentes de Mirandela são os que apresentam em média maior regularidade; e os utentes de Mogadouro menor regularidade (Tabela 16).

Gráfico 21-Distribuição dos inquiridos segundo a prática de exercício físico

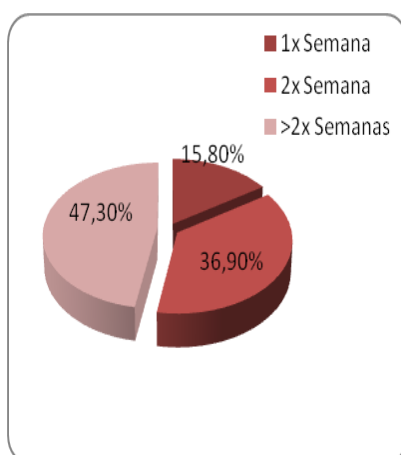


Tabela 16- Comparação da prática regular de exercício físico em função do Centro de Saúde

CS	Reg. A. Física						Média Ordens
	1X/SEM		2X/SEM		>2X/SEM		
	n	%	n	%	n	%	
AF	2	11,1%	8	44,4%	8	44,4%	202,72
BG	12	13,0%	42	44,6%	39	42,4%	197,17
CA	5	13,2%	16	42,1%	17	44,7%	201,04
FC	1	4,8%	8	38,1%	12	57,1%	231,07
MC	9	20,9%	15	34,9%	19	44,2%	191,83
MD	3	11,1%	6	18,5%	19	70,4%	246,80
ML	10	20,4%	16	32,7%	23	46,9%	197,06
MG	7	31,8%	6	27,3%	9	40,9%	174,66
TM	5	20,0%	10	40,0%	10	40,0%	185,70
VF	3	20,0%	6	40,0%	6	40,0%	185,70
VC	5	18,2%	6	27,3%	12	54,5%	212,36
VM	1	7,1%	5	35,7%	8	57,1%	228,54
VN	2	11,1%	7	38,9%	9	50,0%	212,17
Total	65	15,8%	151	36,9%	191	47,3%	-----

Teste de K-W: $\chi^2=10,546$; g.l.=12; p=0,568 ns

Consumo de Álcool

Em relação ao consumo de álcool e pela observação do gráfico 22, podemos concluir que a grande maioria dos utentes (73,0%) não consome bebidas alcoólicas, havendo 27,0% que se denominam como consumidores.

Recorrendo ao teste de Qui-Quadrado ($\chi^2=16,194$; $g.l.=12$; $p=0,183$ ns) concluímos que a proporção de utentes consumidores de bebidas alcoólicas é significativamente igual em todos os Centros de Saúde (Tabela 17). No entanto, vemos que os utentes de Freixo de Espada à Cinta são os que apresentam menor taxa de bebedores (11,7%) e os utentes de Macedo Cavaleiros maior taxa (34,3%).

Gráfico 22- Distribuição dos inquiridos segundo o consumo de bebidas alcoólicas

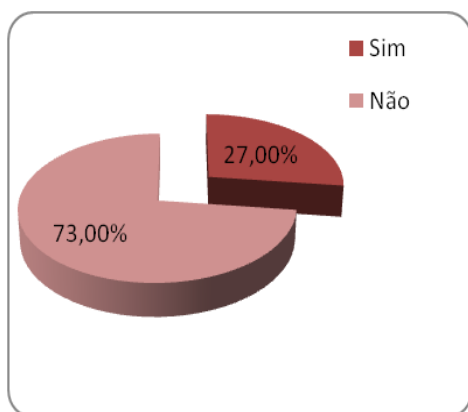


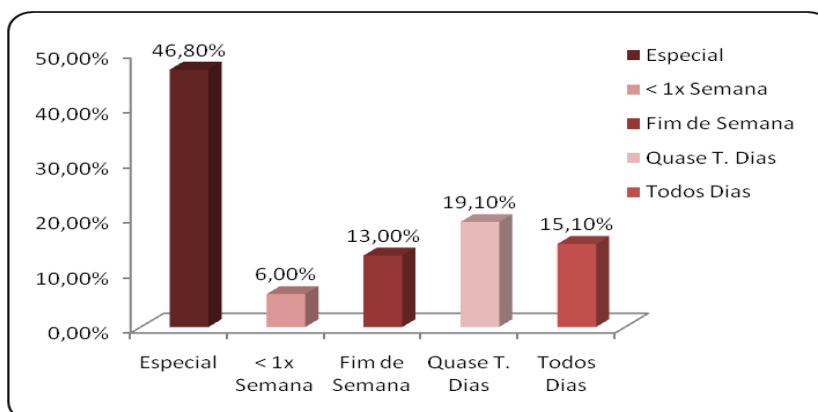
Tabela 17- Distribuição dos inquiridos segundo o consumo de bebidas alcoólicas em função do Centro de Saúde

CS	Bebidas Alcoólicas			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
AF	17	28,8%	42	71,2%
BG	66	26,6%	182	73,4%
CA	26	30,6%	59	69,4%
FC	7	11,7%	53	88,3%
MC	36	34,3%	69	65,7%
MD	21	32,3%	44	67,7%
ML	25	20,7%	96	79,3%
MG	21	30,0%	49	70,0%
TM	24	32,4%	50	67,6%
VF	15	23,8%	48	76,2%
VC	14	23,7%	45	76,3%
VM	11	26,2%	31	73,8%
VN	17	28,3%	43	71,7%
Total	300	27,0%	811	73,0%
Teste de χ^2: $\chi^2=16,194$; $g.l.=12$; $p=0,183$ ns				

No que diz respeito aos utentes consumidores de bebidas alcoólicas (Gráfico 23) vemos que a situação mais habitual é consumi-las em condições especiais (46,8%). Dos restantes utentes, 6,0% têm um consumo inferior a uma vez por semana, 13,0% ao fim de semana, 19,1% quase todos os dias e 15,1% todos os dias.

Recorrendo ao teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=9,637$; $g.l.=12$; $p=0,648$) podemos concluir que a frequência do consumo de bebidas alcoólicas é igual em todos os em todos os Centros de Saúde. Com base na observação da média das ordens, vemos que os utentes que consomem bebidas alcoólicas de Vimioso (188,0) são os que consomem com maior frequência bebidas alcoólicas, havendo 36,4% que as bebem álcool diariamente (Anexo IV).

Gráfico 23- Distribuição dos inquiridos segundo a frequência do consumo de bebidas alcoólicas



Consumo de Tabaco

Em função ao consumo de tabaco concluímos que uma substancial maioria dos utentes (85,0%) não tem qualquer hábito tabágico; havendo assim 15,0% de utentes fumadores (Gráfico 24).

Apurando o teste de Qui-Quadrado ($\chi^2=20,898$; $g.l.=12$; $p=0,052$) concluímos que existem diferenças marginalmente significativas na proporção de fumadores dos diferentes Centros de Saúde, sendo os utentes de Alfandega da Fé (25,4%) e Freixo de Espada à Cinta (23,3%), os mais fumadores; e os utentes de Macedo Cavaleiros (9,5%), Vila Flor (7,9%) e Vimioso (4,8%), os menos fumadores (Tabela 18).

Gráfico 24- Distribuição dos inquiridos segundo o hábito tabágico

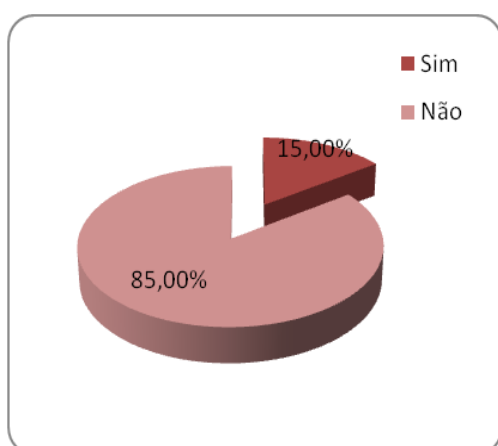


Tabela 18- Distribuição dos inquiridos segundo os hábitos tabágicos em função do Centro de Saúde

CS	Hábitos tabágicos			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
AF	15	25,4%	44	74,6%
BG	40	16,1%	208	83,9%
CA	11	12,9%	74	87,1%
FC	14	23,3%	46	76,7%
MC	10	9,5%	95	90,5%
MD	12	18,5%	53	81,5%
ML	13	10,7%	108	89,3%
MG	12	17,1%	58	82,9%
TM	11	14,9%	63	85,1%
VF	5	7,9%	58	92,1%
VC	11	18,6%	48	81,4%
VM	2	4,8%	40	95,2%
VN	11	18,3%	49	81,7%
Total	167	15,0%	944	85,0%
Teste de χ^2: $\chi^2=20,898$; $g.l.=12$; $p=0,052$ #				

Em relação aos utentes fumadores, vemos que uma maioria (68,3%) fuma menos de 1 maço de tabaco por dia, 29,9% um maço e 1,8% mais de um maço de tabaco por dia (Gráfico 25).

Socorrendo-nos do teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=15,146$; $g.l.=12$; $p=0,234$) podemos concluir que o consumo é igual em todos os em todos os Centros de Saúde. No entanto, é de destacar que Freixo de Espada à Cinta (7,1%), Mirandela (7,1%) e Vila Nova de Foz Côa (9,1%) são Centros de Saúde onde os utentes referem ter consumo mais elevado de tabaco (Tabela 19).

Gráfico 25- Distribuição dos inquiridos segundo a frequência do consumo de tabaco

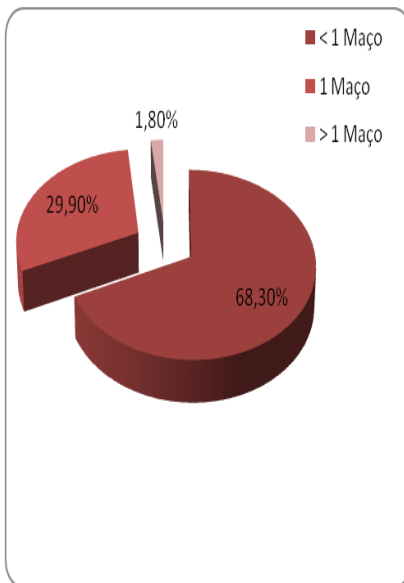


Tabela 19- Distribuição dos inquiridos segundo a frequência do consumo de tabaco em função do Centro de Saúde

CS	Consumo de tabaco						Média Ordens
	<1maço		1maço		>1maço		
	n	%	n	%	n	%	
AF	12	80,0%	3	20,0%	0	0,0%	73,90
BG	28	70,0%	12	30,0%	0	0,0%	82,10
CA	5	45,5%	6	54,5%	0	0,0%	102,23
FC	6	42,9%	7	50,0%	1	7,1%	106,25
MC	9	90,0%	1	10,0%	0	0,0%	65,70
MD	8	66,7%	4	33,3%	0	0,0%	84,83
ML	9	69,2%	3	23,1%	1	7,7%	84,77
MG	9	75,0%	3	25,0%	0	0,0%	78,00
TM	10	90,9%	1	9,1%	0	0,0%	64,95
VF	2	40,0%	3	60,0%	0	0,0%	106,70
VC	8	72,7%	3	18,2%	1	9,1%	82,27
VM	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	98,50
VN	7	63,6%	4	36,4%	0	0,0%	87,32
Total	114	68,3%	51	29,9%	3	1,8%	-----

Teste de K-W: $\chi^2=15,146$; $g.l.=12$; $p=0,234$

Em termos de caracterização clínica, os inquiridos percebem actualmente a sua saúde muito boa e excelente 17,8%, boa 32,7% e razoável e fraca 49,5%. Relativamente aos problemas de saúde, 52,0% refere ter pelo menos de um, sendo o sistema cardiovascular o mais mencionado (35,1%). Dos inquiridos, 37,0% referem realizar três refeições ou menor por dia. A maioria dos inquiridos refere consumir bebidas alcoólicas esporadicamente (52,8%), não ter hábitos tabágicos (85,0%) e não praticar actividades físicas (63,5%).

4.2 - Percepção de qualidade de vida

Os resultados encontram-se expostos em três partes. Na primeira parte é abordada a percepção de qualidade de vida em geral, seguida da análise da relação entre a percepção da qualidade de vida e as características sócio-demográficas e por último a relação da percepção da qualidade de vida e as características clínicas. Aplicaram-se os testes de Levene para comparação de

variâncias; a Anova One Way e o t Student para comparação de médias em amostras independentes e o teste de Scheffe (comparação múltipla).

Qualidade de Vida

A qualidade de vida é avaliada através SF-36 v2. Os resultados são apresentados inicialmente de uma forma global e de seguida é efectuada a análise por dimensões em relação às variáveis mencionadas anteriormente.

Em termos de caracterização global do índice de qualidade de vida para a nossa amostra, obtivemos um valor médio de 66,284, com desvio padrão de 19,720 e o valor da mediana encontra-se próximo da média (68,625). O valor mínimo encontrado para o índice qualidade de vida foi 4,88 e o máximo foi 100 (Tabela 20 e Gráfico 26).

Gráfico 26- Histograma de distribuição da população conforme os resultados do índice de qualidade de vida

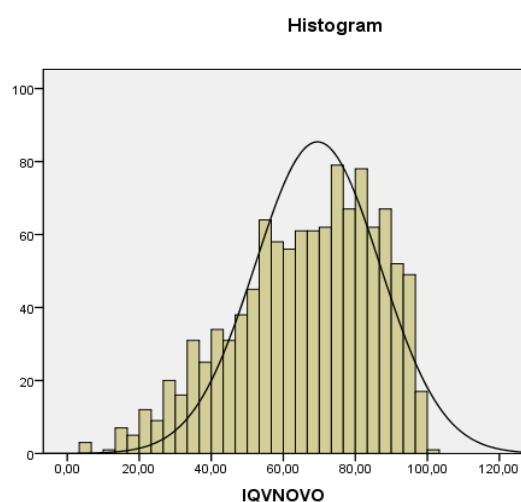


Tabela 20- Caracterização global do índice qualidade de vida.

n	Média	DP	Mediana	Min- Máx.
1111	66,284	19,720	68,625	4,88 - 100,00

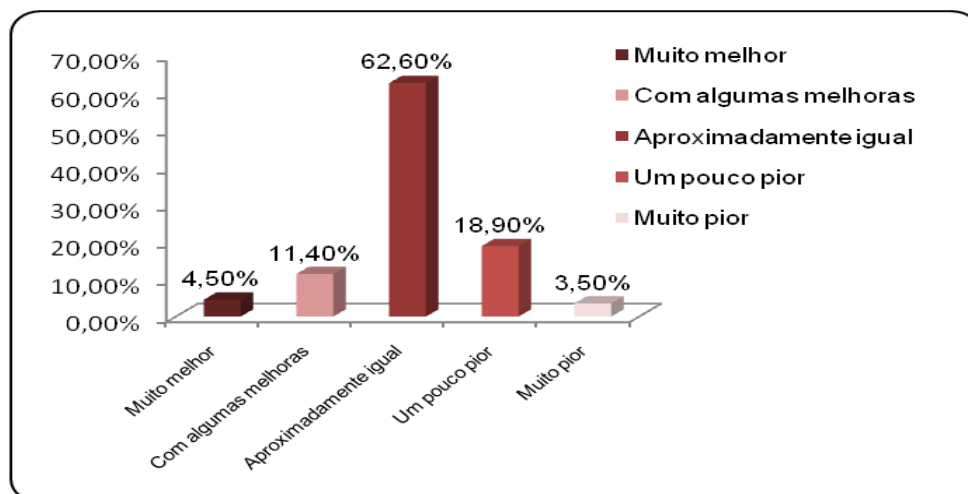
A avaliação da média das dimensões do SF-36 v2 evidencia que as dimensões onde os utentes apresentam menor qualidade de vida são a saúde geral (SG) (54,9) e vitalidade (VT) (55,0), sendo o funcionamento físico (FF) (74,9) e o desempenho emocional (DE) (71,7) onde apresentam maior qualidade de vida (Tabela 21).

Tabela 21- Média das dimensões da escala de qualidade de vida SF-36 v2

Dimensão Qualidade de vida	$\bar{X} \pm S$	P ₅₀
FF	74,9 ± 28,0	85,0
DF	70,3 ± 28,9	75,0
DE	71,7 ± 27,3	75,0
DR	68,7 ± 26,7	70,0
VT	55,0 ± 21,8	56,0
SM	63,6 ± 21,4	65,0
FS	71,1 ± 23,2	75,0
SG	54,9 ± 21,5	55,0

Atendendo aos resultados obtidos para o item estado de saúde (item 2) do SF-36 v2, dos inquiridos 4,5% referem o seu estado geral actual muito melhor, 11,4% com algumas melhoras, a grande maioria (62,6%) refere aproximadamente igual, 18,0% um pouco pior e 3,5% muito pior, comparando com o que acontecia há um ano (Gráfico 27).

Gráfico 27 - Distribuição dos inquiridos segundo a comparação do seu estado de saúde actual, com o que acontecia há um ano



4.2.1 – Relação das características sócio-demográficas e a percepção da qualidade de vida

Serão aqui apresentados os dados relativos à primeira hipótese H1, em que de acordo com a qual, há relação entre as características sócio-demográficas a percepção da Qualidade de Vida relacionada com a saúde nos utentes do ACES Trás-os-Montes I - Nordeste. Para tal foram consideradas as variáveis descritas em termos metodológicos.

Qualidade de vida percebida em função do Centro de Saúde proveniente

Aplicando o teste Anova ($F= 3,069$; $p=0,000$) concluímos que o nível médio do índice de qualidade de vida não é significativamente igual nos utentes dos 13 Centros de Saúde, havendo diferenças nos utentes de Centro para Centro (Tabela 22).

Com base nas médias, observamos que os utentes de Miranda do Douro (72,4) e de Vimioso (76,3) são os utentes com melhor percepção de qualidade de vida, enquanto que os utentes de Freixo de Espada à Cinta (59,8) e de Vila Flor (50,0) são os utentes com menor percepção de qualidade de vida.

Tabela 22- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao Centro de Saúde de proveniência dos inquiridos.

CS	Qualidade vida	CS	Qualidade vida
	$\bar{X} \pm S$		$\bar{X} \pm S$
AF (n=59)	65,4 ± 19,8	MG (n=70)	64,4 ± 20,9
BG (n=248)	65,9 ± 19,2	TM (n=74)	68,7 ± 17,1
CA (n=85)	65,5 ± 19,5	VF (n=63)	59,0 ± 20,8
FC (n=60)	59,8 ± 19,0	VC (n=59)	67,8 ± 21,5
MC (n=105)	65,1 ± 21,1	VM (n=42)	76,3 ± 17,7
MD (n=65)	72,4 ± 17,4	VN (n=60)	68,2 ± 18,8
ML (n=121)	67,2 ± 19,6		
Teste Anova: f= 3,069; p=0,000			

A qualidade de vida em relação ao Centro de Saúde de proveniência dos inquiridos verificou-se significativamente diferente em quase todas as dimensões à excepção da função social. Os utentes de Miranda do Douro e Vimioso apresentam melhor média de qualidade de vida em todas as dimensões e nas duas componentes quando comparados com os utentes dos outros Centros de Saúde (Anexo V).

Relação do sexo na percepção da qualidade de vida

Aplicando o teste de t ($t=2,856$; $p=0,004$ **) concluímos que o sexo masculino apresenta melhor média de qualidade de vida (68,9 contra 65,3 do sexo feminino) (Tabela 23).

Tabela 23- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao sexo

Sexo	Qualidade Vida
	$\bar{X} \pm S$
Masculino (n=318)	68,9 ± 19,8
Feminino (n=793)	65,3 ± 19,6
Total	66,3 ± 19,7
Teste t: t= 2,856; p= 0,004	

Analisando os resultados da percepção da qualidade de vida e influência do sexo por dimensões, verificamos que os valores médios da qualidade de vida são superiores no sexo masculino.

Os resultados da aplicação do teste t de Student mostram haver diferenças significativas para as dimensões dor, vitalidade, Função social, saúde mental e componente mental (Tabela 24).

Tabela 24- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao sexo por dimensões

Dimensões	Masculino (n= 318)	Feminino (n=793)	Teste Levene		Teste t	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	F	p	t	p
FF	75,7 ± 27,9	74,6 ± 28,0	0,032	0,859	0,618	0,538
DF	69,2 ± 28,8	70,8 ± 28,9	0,005	0,941	-0,833	0,401
DR	73,1 ± 26,3	67,0 ± 26,7	0,003	0,956	3,445	0,001
SG	56,6 ± 21,7	54,2 ± 21,4	0,408	0,523	1,661	0,097
VT	59,7 ± 23,0	53,2 ± 21,0	11,554	0,001	4,522	0,000
FS	74,9 ± 22,8	69,6 ± 23,1	1,910	0,167	3,431	0,001
DE	73,9 ± 27,0	70,8 ± 27,2	0,332	0,565	1,680	0,093
SM	68,6 ± 20,8	61,5 ± 21,4	0,786	0,375	5,003	0,000
CF	68,6 ± 22,0	66,6 ± 22,2	0,105	0,746	1,361	0,174
CM	69,3 ± 19,6	63,8 ± 19,6	0,42	0,837	4,191	0,000

Relação da idade e a percepção da qualidade de vida

Para a análise da percepção da qualidade de vida relacionada com a idade foram constituídos oito grupos etários: <24 anos, 25 -34 anos, 35-44 anos, 45-54 anos, 55- 64 anos, 65- 74 anos, 75 -84 anos e ≥ 85 anos.

Para determinar se as diferenças observadas entre a média dos oito grupos se são ou não estatisticamente significativas calculamos o teste Anova. Este mostra-nos a existência de

diferenças estatisticamente significativas na percepção da qualidade de vida entre as médias dos vários grupos etários ($p < 0,000$) (Tabela 25).

Tabela 25- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à idade

Idade	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
< 24 anos (n=99)	78,3 ± 15,8
25-34 anos (n=238)	75,7 ± 17,4
35-44 anos (n=216)	71,5 ± 19,8
45-54 anos (n=172)	68,2 ± 16,0
55-64 anos (n=132)	61,0 ± 13,6
65- 74 anos (n= 130)	52,9 ± 17,3
75-84 anos (n=107)	46,3 ± 17,7
≥ 85 anos (n=17)	48,1 ± 18,1
Teste Anova: $f = 58,613$; $p = 0,000$	

Utilizamos o teste de Scheffé para saber entre que grupos se verificavam essas diferenças significativas no índice de qualidade de vida. As diferenças significativas verificam-se essencialmente entre 3 grupos, até os 44 anos, entre os 45-64 anos e o grupo constituído por utentes acima dos 65 anos (Anexo VI).

Numa análise dimensional por grupo etário, através da aplicação do teste Anova verifica-se relação estatisticamente significativa. Concluindo-se que ocorre um decréscimo da qualidade de vida à medida que aumenta a idade, para todas as dimensões e duas componentes. A exceção dos indivíduos entre os 75-84 anos que quando comparados com os indivíduos com ≥ 85 anos, apenas apresentam melhor média de qualidade de vida na dimensão função física e desempenho físico e componente física (Anexo VI).

A aplicação do teste de Scheffé mostra-nos quais as médias são diferentes entre os grupos de idades e as dimensões do SF-36 v2. Foram constituídos 3 grupos os inquiridos até aos 44 anos, dos 45-64 anos e mais de 65 anos. Assim concluímos que os indivíduos até aos 44 anos ou menos apresentam diferenças na maioria das dimensões (função física, desempenho físico, dor e saúde em geral) e nas componentes física quando comparadas com o grupo dos 45 -64 anos. Os indivíduos com idades compreendidas em 45 - 64 anos apresentam diferenças estatisticamente significativas na grande maioria das dimensões e as duas componentes quando compara com os indivíduos com mais de 65 anos (Anexo VI).

Confirma-se que a percepção da qualidade de vida diminui à medida que a idade aumenta. Significa então, que são os grupos com indivíduos com menos idade que apresentam maiores índices de qualidade de vida.

Percepção da qualidade de vida em relação ao estado civil

Para verificar a variação da percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde de acordo com o estado civil usaram-se os cinco grupos: com solteiro, casado, viúvo, divorciado e união de facto.

Para estudar a variação do índice de qualidade de vida em função do estado civil, aplicamos o teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=122,706$; $g.l.=4$; $p<0,001$ ***) concluindo pela não igualdade das médias (Tabela 26). Assim, conclui-se que os utentes solteiros (73,0) e os utentes a viver em união de facto (72,2) são os que têm melhor índice de qualidade de vida; ao inverso, os utentes viúvos (50,0) são os que apresentam menor qualidade de vida; tendo os restantes estados civis, valores intermédios.

Tabela 26- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao estado civil

Estado Civil	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
Solteiro	73,0 \pm 13,8
Casado	65,0 \pm 16,5
Viúva	50,0 \pm 16,3
Divorciado	66,2 \pm 17,0
União de facto	72,2 \pm 12,7
Teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=122,706$; $g.l.=4$; $p<0,001$ ***)	

Para estudarmos percepção da qualidade vida: SF-36 v2 em relação ao estado civil por dimensões aplicamos o teste Anova concluindo pela não igualdade das médias. Os resultados da aplicação do teste mostram haver diferenças significativas em todas as dimensões (Tabela 27). Verificando-se que os solteiros apresentam valores mais altos em todas as dimensões quando comparadas com os casados, viúvos e divorciados

Comparando o estado civil solteiro, com união de facto verifica-se que estes apresentam valores aproximados em todas as dimensões, à excepção da dimensão vitalidade e da componente física que apresentam valores mais elevados para os indivíduos em união de facto.

Tabela 27- Percepção da qualidade de vida: Sf-36 v2 em relação ao estado civil por dimensões

Dimensões	Solteiro (n=238)	Casado (n=687)	Viúvo (n=95)	Divo. (n= 61)	U. de Fac. (n=30)	Teste Anova	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	F	P
FF	86,9 ± 20,8	74,0 ± 27,0	43,3 ± 31,4	82,0 ± 22,0	86,8 ± 17,8	51,809	0,000
DF	81,8 ± 24,7	69,0 ± 28,5	49,0 ± 29,9	70,9 ± 28,0	76,4 ± 24,2	25,144	0,000
DR	79,9 ± 64,7	67,1 ± 26,4	48,8 ± 23,9	70,6 ± 25,4	76,4 ± 25,1	27,320	0,000
SG	64,7 ± 19,2	53,4 ± 20,5	36,4 ± 21,9	58,5 ± 20,5	62,2 ± 14,9	36,081	0,000
VT	62,7 ± 20,0	54,0 ± 21,4	38,1 ± 19,8	56,9 ± 21,3	66,6 ± 17,5	26,557	0,000
FS	75,3 ± 24,5	71,5 ± 22,2	58,7 ± 22,6	68,2 ± 24,3	75,2 ± 19,9	9,495	0,000
DE	80,1 ± 24,8	71,0 ± 26,6	53,1 ± 29,9	72,1 ± 26,7	79,7 ± 20,0	18,597	0,000
FE	68,6 ± 19,9	63,4 ± 21,3	50,9 ± 20,5	59,1 ± 22,8	75,7 ± 15,6	15,403	0,000
CF	78,3 ± 17,4	65,9 ± 21,2	44,4 ± 22,1	70,5 ± 20,3	75,5 ± 16,9	49,835	0,000
CM	71,7 ± 17,9	65,0 ± 19,5	50,2 ± 18,2	64,1 ± 20,2	74,3 ± 14,1	23,441	0,000

A aplicação de teste Scheffé mostra-nos quais as médias que são diferentes. Assim existem diferenças entre os solteiros, os casados e os viúvos na grande maioria das dimensões e nas duas componentes à excepção da dimensão função social, obtendo o grupo dos solteiros valores mais satisfatórios de qualidade de vida (Anexo VII).

Relação do agregado familiar na percepção da qualidade de vida

Relativamente ao número de pessoas do agregado familiar foram reagrupadas em 5 grupos (1 pessoa, 2 pessoas, 3 pessoas, 4 pessoas e 5 ou mais pessoas).

Aplicando o teste de Anova ($f=18,579$; $p=0,001$) concluímos que a percepção de qualidade de vida não é significativamente igual nos quatro tipos de agregados familiares (Tabela 28). Pela observação das médias, vemos que quanto menor o tamanho do agregado familiar menor percepção de qualidade de vida, os utentes que vivem sós, tem menor percepção de qualidade de vida (60,2), enquanto que os utentes que vivem em agregados familiares com mais de quatro pessoas tem maior qualidade de vida (74,0).

Tabela 28- percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao agregado familiar

Agregado Familiar	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
Uma (n=173)	60,2 ± 22,8
Duas (n=362)	61,8 ± 20,5
Três (n=280)	71,2 ± 17,2
Quatro (n=237)	69,9 ± 17,1
≥ Cinco (n=59)	74,0 ± 14,9
Teste Anova: f= 18,579; p = 0,000	

Através da análise do teste Scheffé (Anexo VIII) verificamos a existência de dois grupos, (agregados familiares com 3 ou mais elementos e agregados familiares com dois ou menos elementos), sendo que os agregados familiares com 3 ou mais elementos apresentam melhor índice de qualidade de vida.

Com recurso ao teste Anova verificamos que os inquiridos que têm um agregado familiar com 5 ou mais elementos apresentam melhor qualidade de vida em relação aos inquiridos com agregados familiares menores, à excepção da funcionalidade física em que o agregado familiar de 3 elementos apresenta um valor médio de qualidade de vida superior (Tabela 29).

Verificou-se que as dimensões onde os inquiridos apresentam menor qualidade de vida é na função vitalidade e saúde em geral para todos as classes dos agregados familiares.

Tabela 29- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao agregado familiar

Dimensões	1 pessoa	2 pessoas	3 pessoas	4 pessoas	≥5 pessoas	Teste Anova		Teste K-W
	(n=173)	(n=362)	(n=280)	(n=237)	(n=59)	F	p	P
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$			
FF	63,1 ± 33,9	67,8 ± 29,9	83,6 ± 22,3	81,6 ± 21,6	85,1 ± 19,6	27,996	0,000	0,000
DF	62,6 ± 32,3	63,4 ± 29,9	76,7 ± 25,5	76,4 ± 25,8	81,2 ± 23,3	17,428	0,000	0,000
DR	64,0 ± 28,2	64,5 ± 28,2	72,7 ± 25,0	71,8 ± 24,8	77,2 ± 21,8	7,522	0,000	0,000
SG	49,7 ± 24,0	49,7 ± 22,0	59,6 ± 19,7	58,8 ± 19,1	63,2 ± 16,0	16,050	0,000	0,000
VT	50,4 ± 24,8	51,2 ± 22,0	59,1 ± 19,4	57,5 ± 20,9	62,1 ± 19,5	9,976	0,000	0,000
FS	66,6 ± 24,3	68,7 ± 24,0	75,0 ± 22,1	72,5 ± 20,9	75,6 ± 24,0	5,483	0,000	0,000
DE	65,4 ± 30,8	67,4 ± 28,0	76,6 ± 24,8	75,1 ± 24,7	79,8 ± 23,0	9,315	0,000	0,000
SM	59,9 ± 23,3	61,3 ± 21,6	66,4 ± 19,9	65,2 ± 21,6	68,3 ± 19,0	4,582	0,000	0,000
CF	59,9 ± 25,5	61,4 ± 23,2	73,1 ± 18,9	72,1 ± 18,5	76,6 ± 15,6	23,513	0,000	0,000
CM	60,6 ± 22,2	62,1 ± 20,1	69,3 ± 17,8	67,6 ± 18,6	71,4 ± 17,1	10,170	0,000	0,000

O teste de Scheffé foi utilizado para verificar quais as médias que são diferentes quando se compara o agregado familiar com as dimensões da qualidade de vida. Verifica-se que as famílias com três ou mais elementos apresentam melhores médias em todas as dimensões e nas duas componentes, quando comparadas com famílias de um ou dois elementos (Anexo VIII).

Percepção da qualidade de vida em função do nível de instrução

Para a confrontação da percepção da qualidade de vida e o nível de instrução dos inquiridos, procedeu-se ao reagrupamento das habilitações em cinco grupos: não sabe ler nem escrever, sabe ler e escrever, ensino básico (1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo), ensino secundário e ensino superior.

A utilização do teste Anova ($F=99,939$; $p=0,000$) permite concluir que a média de percepção de qualidade de vida não é significativamente igual nos cinco níveis de escolaridade (Tabela 30). Com efeito, notamos que quanto maior o nível de escolaridade dos utentes, maior a sua percepção de qualidade de vida, quem não sabe ler nem escrever (42,5) tem pior qualidade de vida; ao inverso, quem possui estudo superiores (77,1) tem melhor qualidade de vida.

Tabela 30- Percepção da qualidade vida: SF-36 v2 em relação ao nível de instrução.

Escolaridade	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
NSNE (n=61)	42,5 ± 15,8
SLE (n=103)	52,3 ± 17,4
Ensino Básico (n=355)	60,1 ± 19,8
E. Secundário (n=323)	73,0 ± 16,0
E. Superior (n=269)	77,1 ± 13,6
Teste Anova: f= 99,939; p = 0,000	

Pela análise do teste de Scheffé verifica-se que existem diferenças significativas entre o nível de escolaridade e a média do índice de qualidade de vida, com exceção entre o ensino secundário e o ensino superior (Anexo IX).

Através dos resultados do teste Anova, verificando que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e as duas componentes. Analisando as dimensões em relação ao nível de instrução, observam-se valores mais baixos de qualidade de vida no grupo de menores habilitações (não sabem ler nem escrever e os que apenas sabem ler e escrever) em todas as dimensões (Tabela 31).

Tabela 31- Percepção da qualidade de vida SF-36 v2 em relação ao nível de instrução por dimensões

Dimensões	NSLNE (n=61)	SLEE (n=103)	Ensi. Bási (n=355)	Ens. Secun (n= 61)	Ens. Sup. (n=30)	Teste Anova	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	F	p
FF	33,4 ± 27,4	52,8±29,3	66,7 ± 28,6	86,1 ± 18,0	90,2 ± 15,1	132,861	0,000
DF	42,4 ± 25,7	47,1±25,3	61,4 ± 29,0	78,7 ± 24,0	87,2 ± 20,0	91,807	0,000
DR	45,2 ± 26,0	56,9±27,0	61,7 ± 27,0	75,3 ± 23,6	80,0 ± 21,7	46,361	0,000
SG	30,1 ± 18,6	41,5±17,2	47,6 ± 20,9	61,7 ± 17,9	67,0 ± 16,6	93,554	0,000
VT	32,5 ± 19,0	45,5±20,0	51,4 ± 22,1	61,1 ± 20,2	61,3 ± 18,6	40,593	0,000
FS	59,0 ± 23,1	62,6±18,2	67,2 ± 24,0	74,5 ± 22,4	78,3 ± 21,5	19,585	0,000
DE	50,5 ± 26,4	55,3±24,2	64,8 ± 28,2	78,4 ± 24,4	83,8 ± 21,3	49,952	0,000
FE	46,6 ± 21,1	57,0±19,2	59,8 ± 22,0	68,1 ± 20,3	69,4 ± 19,2	25,396	0,000
CF	37,8 ± 17,4	49,6±19,8	59,4 ± 21,8	75,5 ± 16,4	81,1 ± 13,7	137,798	0,000
CM	47,1 ± 16,8	55,1±17,2	60,8 ± 20,0	70,5 ± 18,2	73,2 ± 16,7	47,575	0,000

Através dos resultados teste de Scheffé verificamos a existência de dois grupos distintos, um constituído pelos indivíduos com habilitações até ao ensino básico, que apresenta valores de qualidade de vida mais baixos, o outro grupo é constituído pelos indivíduos que têm o ensino secundário e ensino superior, que apresentam valores mais elevados de qualidade de vida em todas as dimensões e as duas componentes (Anexo IX).

Relação da situação profissional na percepção da qualidade de vida

Pela aplicação do teste Anova ($f= 142,36$; $p=0,001$) concluímos que a avaliação da percepção de qualidade de vida médio é significativamente dependente da situação profissional, verificando-se que os utentes activos (74,2) apresentam valores superiores e os utentes reformados por doença (45,1) menores valores (Tabela 32).

Tabela 32- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à situação profissional

Situação profissional	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
Activo (n=663)	74,2 ± 15,1
Desempregado (n=132)	62,7 ± 19,3
Reformado por idade (n=224)	53,6 ± 19,0
Reformado por doença (n=92)	45,1 ± 18,4
Teste Anova: $f= 142,361$; $p = 0,000$	

Pela análise do teste Scheffé (Anexo X) verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas quando se compara a situação profissional com a percepção de qualidade de vida.

Através da aplicação do teste de Anova, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas, em todas as dimensões e as duas componentes, (Tabela 33). Os inquiridos reformados por doença apresentam menor qualidade de vida em todas as dimensões e nas duas componentes.

Tabela 33 - Percepção da qualidade de vida: SF 36 v2 em relação à situação profissional por dimensões

Dimensões	Activo (n=663)	Desemp. (n=132)	Ref. Ida. (n=224)	Ref. Doenç. (n= 92)	Teste Anova	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	F	p
FF	86,8±18,0	76,4±25,4	51,1± 29,5	45,1± 28,6	196,228	0,000
DF	81,3±23,3	67,7±27,3	51,4± 26,9	41,3 ± 28,0	127,699	0,000
DR	77,0±22,7	64,1±27,1	56,4 ±26,6	45,9 ± 26,9	71,306	0,000
SG	63,1±17,9	50,7±19,7	41,1± 20,7	35,1 ± 17,6	119,471	0,000
VT	61,4±19,4	53,5±21,3	44,0±21,6	38,0 ± 19,0	67,065	0,000
FS	75,8±21,8	63,9±24,4	67,3±22,5	57,4± 22,9	28,276	0,000
DE	80,0±23,1	66,7±27,6	59,1±27,2	50,1± 28,8	67,791	0,000
SM	68,4±19,9	58,9±21,5	58,2±21,0	48,2 ± 21,2	37,493	0,000
CF	77,0±15,9	64,7±20,4	50,0±20,7	41,9 ± 19,9	198,565	0,000
CM	71,4±17,2	60,7±20,3	57,1±19,3	48,4 ± 18,8	69,632	0,000

Através dos resultados do teste de Scheffé verifica-se que os indivíduos activos quando comparados com os desempregados e reformados por doença e por invalidez apresentam diferenças em todas as dimensões e nas duas componentes. Relativamente à relação desempregados e reformados por doença verificam-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões à excepção da dimensão função social (Anexo X).

Qualidade de vida percebida em relação ao local de residência

Fazendo uso do teste t ($t=-6,620$; $p=0,001$), concluímos que a percepção de qualidade de vida dos utentes é significativamente dependente da sua zona de residência, apresentando os utentes que residem em zonas urbanas (69,8) melhor qualidade de vida que os utentes residentes em zonas rurais (61,8) (Tabela 34). Através dos resultados do teste t, podemos concluir que as diferenças entre os indivíduos com proveniência diferentes são estatisticamente significativas, uma vez que o valor de prova é inferior a 5%.

Tabela 34 - Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à área de residência

Residência	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
Rural (n=473)	61,8 ± 20,6
Urbano (n=638)	69,8 ± 18,4
Teste T: t= -6,620; p = 0,000	

Quando se faz a comparação da qualidade de vida em função da residência dos inquiridos através da aplicação do teste t, mostram haver diferença significativa em todas as dimensões e componentes (Tabela 35).

Tabela 35- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao local de residência por dimensões

Dimensões	Rural (n= 473)	Urbano (n=638)	Teste t	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	t	p
FF	67,3 ± 30,7	80,6 ± 24,4	-8,057	0,000
DF	64,6 ± 29,3	74,6±27,9	-5,802	0,000
DR	64,5 ± 27,6	71,9 ± 25,6	-4,569	0,000
SG	49,6 ± 22,8	58,8 ± 19,6	-7,186	0,000
VT	51,7 ± 22,7	57,5 ± 20,8	-4,444	0,000
FS	68,3 ± 22,8	73,2 ± 23,2	-3,517	0,000
DE	67,0 ± 29,7	75,2 ± 26,1	-5,066	0,000
SM	61,6 ± 21,3	65,0 ± 21,4	-2,572	0,010
CF	61,5 ± 23,5	71,4 ± 20,0	-7,606	0,000
CM	62,2 ± 19,9	67,7 ± 19,3	-4,706	0,000

Relação do rendimento na percepção da qualidade de vida

Ao estudarmos a influência do rendimento familiar sobre a percepção de qualidade de vida, fazendo uso do teste Anova (F= 54,508; p= 0,000), concluímos pela existência da mesma, havendo um crescimento da percepção de qualidade de vida, com o aumento do rendimento familiar; tendo os utentes que auferem menos de 500 euros, menor qualidade de vida (55,8) e os utentes que auferem mais de 2000 euros, melhor percepção de qualidade de vida (77,3) (Tabela 36).

Tabela 36- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 percepção da qualidade de vida em relação ao rendimento

Rendimento familiar	$\bar{X} \pm S$
<500€ (n= 363)	59,0 ± 20,0
500-999€ (n=321)	66,7 ± 18,3
1000-1499€ (n=223)	73,5 ± 15,5
1500-2000€ (n=121)	75,4 ± 15,6
>2000€ (n=83)	77,3 ± 15,1
Teste Anova: F=54,508; p=0,000	

Pela aplicação do teste Scheffé (Anexo XI) verifica-se a existência de relação entre o rendimento e a avaliação da qualidade de vida, formando-se dois grupos distintos os que auferem até 999€ e os que auferem 1000€ ou mais.

Pela análise do teste Anova verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e as duas componentes. Existem médias diferentes nos grupos com rendimentos <500€ e o grupo com mais de 1000€, apresentando este último melhor nível de qualidade de vida em todas as dimensões. Os inquiridos que auferem mais de 2000€ apresentam melhor média de qualidade de vida em todas as dimensões e as duas componentes à excepção da funcionalidade física e saúde em geral, onde os inquiridos que auferem entre 1500-2000€ apresentam melhores médias (Tabela 37).

Tabela 37- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao rendimento por dimensões

Dimensões	< 500€	500-999€	1000-1499€	1500-2000€	> 2000€	Teste Anova	
	(n=363)	(n=321)	(n=223)	(n121)	(n=83)	F	p
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$		
FF	60,7 ± 31,7	75,3 ± 26,8	85,6 ± 19,8	88,9 ± 15,4	86,3 ± 18,4	132,861	0,000
DF	57,2 ± 29,8	68,7 ± 28,2	80,8 ± 23,9	83,8 ± 21,6	86,0 ± 21,4	91,807	0,000
DR	57,9 ± 27,8	68,2 ± 25,9	76,9 ± 22,3	78,6 ± 24,2	81,8 ± 20,3	46,361	0,000
SG	44,6 ± 22,5	56,6 ± 20,7	61,0 ± 16,6	63,6 ± 17,2	63,7 ± 19,9	93,554	0,000
VT	46,6 ± 22,1	57,2 ± 21,1	59,5 ± 19,6	61,1 ± 18,9	62,4 ± 21,7	40,593	0,000
FS	63,4 ± 23,0	70,1 ± 21,7	77,0 ± 21,9	77,8 ± 23,1	81,3 ± 21,2	19,585	0,000
DE	60,6 ± 28,6	72,6 ± 25,6	79,0 ± 24,2	80,5 ± 23,7	84,7 ± 21,4	49,952	0,000
SM	56,2 ± 21,7	64,3 ± 21,1	68,1 ± 19,7	68,9 ± 20,5	72,6 ± 17,8	25,396	0,000
CF	55,1 ± 23,4	67,2 ± 20,7	76,1 ± 16,3	78,7 ± 15,4	79,4 ± 16,0	137,798	0,000
CM	56,7 ± 20,0	66,2 ± 18,4	70,9 ± 17,6	72,1 ± 18,4	75,2 ± 16,8	47,575	0,000

O teste de Scheffé foi utilizado para verificar quais as médias que são diferentes. Assim existem médias diferentes na maioria das dimensões (função física, desempenho físico, dor, função social) do SF-36 v2 e a componente física quando se compara o grupo que aufere até 999€ com o grupo que aufere mais de 1000€, (Anexo XI).

4.2.2 – Relação das características clínicas e a percepção da qualidade de vida

Serão aqui apresentados os dados relativos à segunda hipótese H2, em que de acordo com a qual, **há relação entre as características clínicas e a percepção da Qualidade de Vida relacionada com a saúde nos utentes do ACES Trás-os-Montes I Nordeste.**

As variáveis clínicas consideradas são as descritas na metodologia.

Relação entre os problemas de saúde dos inquiridos e a percepção da qualidade de vida

Em relação aos problemas de saúde e através da aplicação do teste t ($t=22,970$; $p=0,000$) podemos deduzir, que os utentes que não têm qualquer problema de saúde (77,8) têm uma percepção de qualidade de vida significativamente superior aos utentes que têm problemas de saúde (55,6) (Tabela 38).

Tabela 38- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação aos problemas de saúde

Problema saúde	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
Não (n=533)	77,8± 12,9
Sim (n=578)	55,6 ± 18,9
Teste t: $t=22,970$; $p = 0,000$	

Analisando os resultados da percepção da qualidade de vida por parte dos inquiridos, e a influência por ter algum problema de saúde segundo as dimensões, verificamos que os valores médios da qualidade de vida são superiores no grupo que não tem doenças associadas.

Os resultados da aplicação do teste t mostram haver diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões e as duas componentes (Tabela 39).

Tabela 39- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ter algum problema de saúde por dimensões

Dimensões	Sim (n= 578)	Não (n=533)	Teste t	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	t	p
FF	60,4 ± 29,3	90,6 ± 15,2	-21,336	0,000
DF	57,1 ± 28,9	84,6 ± 21,0	-18,007	0,000
DR	56,4 ± 26,4	82,1 ± 19,7	-18,245	0,000
SG	43,0 ± 19,3	67,8 ± 15,4	-23,612	0,000
VT	45,8 ± 20,4	65,1 ± 18,6	-16,418	0,000
FS	64,9 ± 22,8	78,0 ± 21,5	-9,820	0,000
DE	61,3 ± 27,9	83,0 ± 21,2	-14,557	0,000
SM	56,4 ± 21,3	71,4 ± 18,7	-12,410	0,000
CF	54,2 ± 21,1	81,3 ± 12,6	-25,730	0,000
CM	57,1 ± 19,3	74,4 ± 15,9	-16,205	0,000

Estudando o efeito do número de problemas de saúde nos inquiridos, sobre a avaliação de qualidade de vida, com o teste Anova ($F=236,070$; $p=0,000$) concluímos, haver relação estatisticamente muito significativa. Os utentes com mais de dois problemas de saúde têm menor qualidade que um utente com um único problema de saúde (44,7 contra 62,5) (Tabela 40).

Tabela 40- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao número de doenças associadas

Problema saúde	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
Nenhum (n=532)	77,9 ± 12,9
Um (n=265)	62,5 ± 17,2
Dois (n=159)	54,9 ± 17,8
> Dois (n=155)	44,7 ± 17,4
Teste Anova: F=236,070; p = 0,000	

Pela análise do teste de Scheffé concluímos que as médias são diferentes em relação a percepção de qualidade de vida. Podendo-se formar dois grupos com nenhum ou um problema de saúde e com dois ou mais problemas de saúde (Anexo XII).

Para analisar a percepção da qualidade de vida conforme as doenças associadas, constituíram-se sete grupos. Assim, foi formado um grupo de indivíduos com problemas de doenças cardiovasculares (diabetes, hipertensão, colesterol, coração), doenças endócrinas (fígado, tiróide), doenças renais (rins), doenças cancerígenas (cancro), doenças mentais (depressão), doenças ósseo-articulares (ossos), outras doenças (prostata, alergias, obesidade)

A Tabela 41 apresenta a média e o desvio padrão da percepção da qualidade de vida em função da doença associada, verificando-se que os utentes com problemas de doenças Cardiovasculares apresentam melhor média de percepção de qualidade de vida (63,7) em relação às outras doenças.

Tabela 41- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação aos problemas de saúde

Problema saúde	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
Cardiovasculares (n=623)	63,7 \pm 17,0
Endócrinas (n=85)	59,3 \pm 19,3
Ósseo Articulares (n=115)	52,2 \pm 17,0
Renais (n=52)	60,1 \pm 17,8
Cancerígenas (n=23)	49,8 \pm 20,9
Mentais (n=65)	47,3 \pm 17,7
Outro (n=38)	54,2 \pm 19,7
Teste Anova: F=8,176; p = 0,000	

Pela análise do teste de Scheffé podemos concluir que existem diferenças na percepção de qualidade de vida, entre os inquiridos que referem ter problemas mentais quando comparados com as doenças cardiovasculares, Renais e Endócrinas (Anexo XII).

Através dos resultados do teste de Anova para variâncias iguais, podemos concluir que as diferenças entre os indivíduos com diferentes problemas de saúde são estatisticamente significativas, uma vez que os valores de prova são inferiores a 5% (Tabela 42). Assim utentes com problemas de doenças cardiovasculares apresentam melhor média em todas as dimensões à exceção da dimensão desempenho emocional (os utentes com problemas renais apresentam melhor média) e as duas componentes quando comparados com os outros problemas de saúde.

Tabela 42- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação às doenças dos inquiridos

Dimensões	Endoc. (n=85)	Cancro (n=22)	CVC (n=126)	Renais (n=52)	Osseos (n=115)	Mentais (n=65)	Outros (n= 37)	Teste Anova	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	F	p
FF	71,2 ± 27,1	53,8 ± 30,2	70,5 ± 25,5	63,9 ± 29,7	49,7 ± 26,9	61,9 ± 31,4	63,1 ± 29,6	9,280	0,000
DF	62,7 ± 29,2	51,6 ± 31,6	66,5 ± 26,0	62,1 ± 30,9	51,0 ± 26,8	49,9 ± 29,7	53,5 ± 33,1	4,539	0,000
DR	63,2 ± 22,8	50,6 ± 33,9	69,0 ± 23,4	56,6 ± 28,1	46,3 ± 24,1	47,6 ± 25,0	53,1 ± 26,8	9,380	0,000
SG	44,6 ± 20,0	37,5 ± 17,9	47,8 ± 17,8	47,6 ± 20,0	41,9 ± 18,9	38,3 ± 18,2	45,4 ± 18,2	3,924	0,000
VT	48,0 ± 21,2	38,3 ± 20,1	52,4 ± 21,3	50,1 ± 18,0	45,0 ± 18,6	36,8 ± 18,7	42,7 ± 19,5	5,267	0,000
FS	67,2 ± 21,4	60,9 ± 27,1	72,6 ± 19,7	70,2 ± 25,0	63,1 ± 23,0	51,8 ± 20,6	61,4 ± 24,7	6,407	0,000
DE	61,8 ± 29,1	58,0 ± 33,0	68,3 ± 26,3	68,9 ± 26,6	60,5 ± 26,8	51,7 ± 25,2	58,3 ± 32,1	3,423	0,001
SM	55,7 ± 19,9	47,4 ± 24,4	62,6 ± 18,0	61,8 ± 23,7	60,4 ± 19,3	40,5 ± 20,2,0	56,4 ± 20,3	9,472	0,000
CF	60,4 ± 20,5	48,4 ± 23,1	63,4 ± 18,8	57,7 ± 20,2	47,2 ± 19,1	49,4 ± 21,2	53,8 ± 21,8	8,965	0,000
CM	58,2 ± 19,8	51,1 ± 21,3	64,0 ± 17,6	62,7 ± 19,2	57,3 ± 17,6	45,2 ± 17,2	54,7 ± 19,5	7,822	0,000

Relação do tempo de doença na percepção da qualidade de vida

Para avaliar a percepção da qualidade de vida os inquiridos relacionados com o tempo de doença, fizemos um reagrupamento em cinco grupos (0-5 anos, 6-10, 11-15, 16-20 e ≥21 anos). Pela análise da Tabela 43 verifica-se que os utentes com ≤ 5 anos têm melhor percepção de qualidade de vida (60,8) quando comparados com indivíduos com ≥ 21 anos de problemas de saúde (50,8).

Tabela 43 - Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação aos anos de doença

Problema saúde	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
0 - 5 anos (n=181)	60,8 ± 17,9
6 - 10 anos (n=179)	57,6 ± 18,7
11 - 15 anos (n=90)	50,5 ± 17,9
16 - 20 anos (n=67)	52,6 ± 18,2
≥ 21 anos (n=71)	50,8 ± 20,9
Teste Anova: F=7,318; p = 0,000	

Pela análise do teste Scheffé verificamos que as médias são diferentes para grupos dos menos de 11 anos de doença, quando comparadas com os grupos dos 11-15 anos de doença e restantes. Tanto maior o tempo de doença que afecta os inquiridos, menor é o índice de qualidade de vida (Anexo XII).

Através do teste Anova (Tabela 44) constatamos que as diferenças são estatisticamente significativas em todas as dimensões, à excepção da dimensão função social, desempenho emocional e saúde mental e na componente mental. Podendo observar-se que valores médios da qualidade de vida são superiores no grupo que tem menor tempo de doenças e que decresce à medida que aumenta o número de anos de doenças.

Tabela 44 - Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação aos anos por dimensões

Dimensões	0-5 anos (n=181)	6-10 anos (n=179)	11-15 anos (n=90)	16-20 anos (n=67)	≥ 21 anos (n=71)	Teste Anova	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	F	p
FF	69,9 ± 27,1	65,1 ± 27,4	52,0 ± 28,7	49,3 ± 29,0	51,8 ± 32,6	12,408	0,000
DF	64,8 ± 27,8	60,1 ± 27,1	50,3 ± 27,8	50,2 ± 29,0	49,7 ± 32,0	7,284	0,000
DR	61,6 ± 25,7	59,1 ± 26,8	51,9 ± 26,7	53,9 ± 25,0	49,3 ± 28,0	4,198	0,002
SG	46,4 ± 18,2	44,9 ± 20,4	38,2 ± 18,0	41,5 ± 21,7	40,9 ± 17,9	3,452	0,008
VT	50,8 ± 20,2	47,2 ± 20,6	39,5 ± 19,6	42,8 ± 21,1	42,8 ± 18,6	5,945	0,000
FS	68,4 ± 20,7	64,2 ± 24,6	64,4 ± 21,2	64,7 ± 22,8	61,1 ± 25,4	1,592	0,175
DE	65,2 ± 27,7	62,8 ± 27,0	55,9 ± 27,7	62,2 ± 26,7	55,6 ± 30,4	2,596	0,035
SM	59,3 ± 20,1	57,5 ± 20,8	51,7 ± 22,0	56,0 ± 21,1	54,8 ± 23,7	2,141	0,074
CF	60,7 ± 20,2	57,3 ± 20,2	48,1 ± 20,0	48,7 ± 20,6	47,9 ± 23,1	10,155	0,000
CM	60,9 ± 18,1	57,9 ± 19,8	52,9 ± 18,3	56,4 ± 19,0	53,6 ± 21,0	3,587	0,007

Através do teste de Scheffé verifica-se quais as médias que são diferentes. Assim indivíduos com menos de onze anos de problemas de saúde apresentam melhor qualidade de vida quando comparadas com indivíduos com onze ou mais anos de problemas de saúde, em quase todas as dimensões (função física, desempenho físico, saúde geral, vitalidade) do SF-36 v2 e na componente física (Anexo XII).

Relação do número de refeições e a percepção da qualidade de vida

Pela observação dos resultados do teste Anova ($F=1,912$; $p=0,126$) concluímos que a percepção de qualidade de vida é significativamente igual independentemente do número de refeições realizadas habitualmente, (Tabela 45).

Tabela 45- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao regime alimentar

Refeições	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
< 3 refeições (n=50)	71,3 ± 18,6
3 refeições (n=361)	65,9 ± 19,4
4 refeições (n=410)	65,2 ± 19,6
> 4 refeições (n=290)	67,5 ± 20,4
Teste Anova: F=1,912; p = 0,126	

Para analisar a percepção da qualidade de vida relacionada com o regime alimentar foi utilizado o teste Anova, mostrando-nos que as diferenças são significativas apenas para três dimensões (função física, saúde geral, vitalidade) e a componente física, em que o valor de prova é inferior a 5% (Tabela 46).

Tabela 46- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao regime alimentar

Dimensões	<3 Ref. (n=50)	3 Ref. (n=361)	4 Ref. (n=410)	> 4 Ref. (n= 290)	Teste Anova	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	F	p
FF	86,1± 9,4	74,1±27,2	72,7± 29,5	77,1± 27,6	4,185	0,006
DF	78,5± 26,6	68,6±28,5	69,3± 29,4	72,4 ± 28,8	2,449	0,062
DR	70,1±27,6	68,0±27,0	68,9 ±26,2	69,2 ± 26,7	0,178	0,911
SG	61,4±21,1	53,6±20,5	53,4± 21,7	57,4 ± 22,1	3,945	0,008
VT	58,8±20,2	56,7±22,4	52,7±21,2	55,6 ± 21,9	2,906	0,034
FS	74,9±24,9	70,6±23,1	70,7±22,9	71,8± 23,3	0,649	0,584
DE	78,7±26,7	70,5±26,8	71,3±27,5	72,6± 27,2	1,465	0,222
SM	61,6±21,5	64,8±22,6	62,4±20,1	63,9 ± 21,9	0,991	0,396
CF	74,1±19,0	66,1±21,6	66,1±22,5	69,0 ± 22,7	2,906	0,034
CM	68,5±20,2	65,7±20,1	64,3±19,1	66,0 ± 20,2	0,963	0,410

Através do teste de Scheffé verificamos quais as médias que são diferentes. Assim apenas na dimensão função física existe diferença estatisticamente significativa, quando se compara indivíduos que realizam menos 3 refeições quando comparadas com indivíduos que consomem 3 refeições ou 4 refeições (Anexo XIII).

Relação da prática de actividade física e a percepção da qualidade de vida

Aplicando o teste de t (T=7,468; p=0,001) concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas. Os utentes que praticam actividades físicas ou desporto (70,6) têm uma percepção de qualidade de vida significativamente superior a percepção de qualidade de vida dos utentes que não a praticam (62,9) (Tabela 47).

Tabela 47- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à prática de actividade física

Actividade física	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
Sim (n=406)	70,6±15,6
Não (N=705)	62,9±16,9
Teste t: t= 7,468; p=0,000	

Pela análise do teste t (Tabela 48) verificou-se que todas as dimensões e as duas componentes são influenciadas pela prática de actividade física.

Tabela 48- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação a prática de actividade física

Dimensões	Sim (n= 406)	Não (n=705)	Teste t	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	t	p
FF	83,5± 21,3	70,0 ± 30,1	7,966	0,000
DF	76,9± 25,9	66,5± 29,8	5,852	0,000
DR	74,7 ± 25,8	65,3 ± 26,6	5,757	0,000
SG	60,8 ± 20,5	51,5 ± 21,3	7,102	0,000
VT	62,4 ± 21,3	50,8 ± 21,0	8,890	0,000
FS	75,2 ± 23,5	68,8 ± 22,6	4,443	0,000
DE	76,2 ± 25,9	69,1 ± 27,6	4,241	0,000
SM	67,3 ± 21,8	61,4 ± 21,0	4,487	0,000
CF	74,0 ± 19,3	63,3 ± 22,7	7,948	0,000
CM	70,3 ± 19,4	62,5 ± 19,4	6,433	0,000

Pela aplicação do teste de Anova (F=0,702; p=0,496) deduzimos que a percepção de qualidade de vida é igual, qualquer que seja a regularidade da prática de actividades físicas (Tabela 49).

Tabela 49- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à frequência da prática de actividade física

Frequência actividade física	Qualidade vida
	$\bar{X} \pm S$
1vez semana (n=64)	72,6 ± 15,9
2 vezes semana (n=151)	73,2 6± 19,1
3 vezes semana (n=191)	71,0 ± 18,0
Teste Anova: f= 0,702; p=0,496	

Pela análise do teste de Scheffé verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre a regularidade da prática de exercício e o índice de qualidade de vida (Anexo XIV).

Relação do consumo de álcool e a percepção da qualidade de vida

Para a análise da percepção da qualidade de vida relacionada com o consumo de álcool, utilizamos o teste t verificamos que existe diferença estatisticamente significativa. Assim, os utentes que consomem bebidas alcoólicas (70,1) apresentam percepção de qualidade de vida superior, quando comparados com os utentes não consumidores (64,9) (Tabela 50).

Tabela 50- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao consumo de álcool.

Bebidas alcoólicas	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
Sim (n=300)	70,1 \pm 17,9
Não (n=811)	64,9 \pm 20,2
Teste t: t=3,936; p = 0,000	

Relativamente ao consumo de álcool, parece observar-se um aumento da percepção da qualidade de vida, para os consumidores de álcool.

Como podemos observar no Tabela 51, a aplicação do teste t, mostra-nos que as diferenças são estatisticamente significativas para a maioria das dimensões (função física, saúde geral, vitalidade, saúde mental) e nas duas componentes em que o valor de prova é inferior a 5%.

Tabela 51- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao consumo de álcool

Dimensões	Sim (n= 300)	Não (n=811)	Teste t	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	t	p
FF	79,6 \pm 25,9	73,2 \pm 28,5	3,427	0,001
DF	73,1 \pm 27,0	69,3 \pm 29,5	1,977	0,048
DR	72,2 \pm 26,5	67,4 \pm 26,7	2,669	0,008
SG	58,5 \pm 19,4	53,5 \pm 22,1	3,481	0,001
VT	59,4 \pm 21,3	53,4 \pm 21,8	4,134	0,000
FS	74,2 \pm 22,3	70,0 \pm 23,4	2,651	0,008
DE	74,9 \pm 25,5	70,5 \pm 22,7	2,353	0,019
SM	68,7 \pm 19,3	61,7 \pm 21,9	4,913	0,000
CF	70,9 \pm 20,3	65,8 \pm 22,6	3,384	0,001
CM	69,3 \pm 18,5	63,9 \pm 20,0	4,064	0,000

A variável de consumo de álcool foi reagrupada em três categorias (esporadicamente, frequentemente, todos os dias).

Pela análise do Teste Anova ($F=7,174$; $p=0,001$) verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas. A regularidade da ingestão de bebidas alcoólicas influencia significativamente a qualidade de vida, os bebedores frequentes apresentam maior índice de qualidade de vida (77,7); e os bebedores diários (66,3) apresentam menor qualidade de vida (Tabela 52)

Tabela 52- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação a frequência de consumo de álcool

Frequência consumo	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
Esporadicamente (n=142)	69,6 ± 17,2
Frequentemente (n=57)	77,7 ± 12,8
Todos os dias (n=101)	66,8 ± 20,3
Teste Anova: F=7,174; p = 0,001	

Pela análise do teste de Scheffé verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre a frequência de consumo esporádico e o consumo frequente. Apurando que a média da percepção de qualidade de vida dos consumidores de frequentes é superior quando comparados com os consumidores diários (Anexo XV).

Através da análise do teste de Anova (Tabela 53) verifica-se que a relação das dimensões e frequência de consumo de tabaco é significativa na maioria das dimensões (função física, dimensão física, dor, saúde geral e saúde mental) e na componente física.

Tabela 53- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à frequência de consumo de álcool

Dimensões	Esporad. (n= 142)	Frequent. (n=57)	TodosDias (n=102)	Teste Anova	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	F	p
FF	82,2± 24,2	91,1 ± 12,5	69,9 ± 30,3	14,800	0,000
DF	74,8 ± 26,5	83,6 ± 21,1	65,7 ± 28,8	8,760	0,000
DR	73,0 ± 26,8	81,3 ± 18,9	66,9 ± 28,4	5,658	0,004
SG	60,4 ± 19,1	63,3 ± 15,0	53,7 ± 21,3	5,600	0,004
VT	56,4 ± 20,8	66,8 ± 17,2	59,6 ± 23,7	4,814	0,009
FS	71,3 ± 22,2	79,5 ± 21,5	75,7 ± 22,7	3,071	0,048
DE	74,4 ± 25,6	82,3 ± 22,8	71,8 ± 26,4	3,232	0,041
FE	64,7 ± 20,0	73,9± 17,3	71,3 ± 18,8	6,195	0,002
CF	72,6 ± 19,4	79,8 ± 12,7	64,0 ± 22,9	12,623	0,000
CM	66,7 ± 17,4	75,6 ± 15,7	69,6 ± 20,1	4,858	0,008

Pela análise do teste de Scheffé podemos formar dois grupos os consumidores esporádicos e os consumidores diários, verificando-se que existe diferenças estatisticamente significativas na grande maioria das dimensões (função física, desempenho físico, saúde geral, saúde mental) e na componente física (Anexo XV).

Relação do consumo de tabaco na percepção da qualidade de vida

Uma visualização dos resultados do teste t ($t=3,896$; $p=0,000$) permite-nos concluir que existe diferenças estatisticamente significativas. Verificando-se que os utentes que têm hábitos tabágicos (71,7) apresentam uma percepção de qualidade de vida superior á dos utentes que não têm hábitos tabágicos (65,3) (Tabela 54).

Tabela 54- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao consumo de tabaco

Consumo tabaco	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
Sim (n=167)	71,7 \pm 16,1
Não (n=944)	65,3 \pm 20,1
Teste t: $t=3,896$; $p = 0,000$	

Pela análise da relação do consumo de tabaco na percepção da qualidade de vida através da aplicação do teste t (Tabela 55), verifica-se a influência em quatro dimensões (função física, desempenho físico, dor, saúde geral) e na componente física.

Tabela 55- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao consumo de tabaco

Dimensões	Sim (n= 167)	Não (n=944)	Teste t	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	t	p
FF	85,4 \pm 18,3	73,0 \pm 29,0	5,329	0,000
DF	77,5 \pm 23,7	69,1 \pm 29,6	3,484	0,001
DR	74,7 \pm 23,7	67,7 \pm 27,1	3,142	0,002
SG	61,7 \pm 18,2	53,7 \pm 21,8	4,475	0,000
VT	58,4 \pm 19,4	54,4 \pm 22,2	2,149	0,032
FS	74,7 \pm 22,2	70,5 \pm 23,3	2,164	0,031
DE	75,6 \pm 24,8	71,0 \pm 27,5	1,981	0,048
SM	66,0 \pm 19,2	63,1 \pm 21,8	1,572	0,116
CF	74,8 \pm 16,8	65,9 \pm 22,7	4,868	0,000
CM	68,6 \pm 18,0	64,8 \pm 20,0	2,337	0,200

Pela aplicação do teste de t ($t=1,468$; $g.l.=2$; $p=0,480$ ns) concluímos que a quantidade de maços de tabaco fumados diariamente não influênciam significativamente a qualidade de vida (Tabela 56).

Tabela 56- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à quantidade de consumo de tabaco

Consumo tabaco	Qualidade de vida
	$\bar{X} \pm S$
< 1 maço (n=113)	71,8 ± 16,0
≥1 maço (n=54)	71,4 ± 16,5
Teste t: t=0,155; p = 0,877	

Pela análise das dimensões da qualidade de vida através do teste t verificamos que a quantidade de consumo de tabaco mostra que não é significativo (Tabela 57). Mas pela observação das médias das dimensões parece observar-se um aumento da percepção da qualidade de vida na maioria das dimensões nos indivíduos que fumam menos de um maço dia.

Tabela 57- Percepção da qualidade de vida: Sf-36 v2 em relação à quantidade de consumo de tabaco

Dimensões	< 1 maço (n= 113)	≥ 1 maço (n=54)	Teste t	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	t	p
FF	83,5± 18,7	85,8 ± 17,3	-0,189	0,851
DF	80,3± 22,8	71,6± 24,4	2,257	0,025
DR	73,3 ± 24,1	77,6 ± 22,6	-1,118	0,265
SG	61,4 ± 18,3	62,1 ± 18,1	-0,202	0,840
VT	56,9 ± 19,6	61,1 ± 19,1	-1,303	0,194
FS	74,8 ± 21,3	74,0 ± 24,3	0,226	0,821
DE	77,4 ± 24,8	71,2 ± 24,7	1,526	0,129
SM	65,0 ± 19,4	67,7 ± 18,9	-0,846	0,399
CF	75,1 ± 16,7	74,3 ± 16,9	0,284	0,777
CM	68,5 ± 17,8	68,5 ± 18,7	0,017	0,986

Concluimos que a percepção de qualidade de vida é influenciada pela existência de problemas de saúde, duração desses problemas e as doenças associadas. O facto de consumir bebidas alcoólicas frequentemente, praticar exercício físico apresenta uma melhor percepção de qualidade de vida dos inquiridos.

5- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procuramos abordar os principais pontos de discussão desta investigação, com base nos resultados obtidos.

Este capítulo está dividido em dois momentos. O primeiro momento diz respeito à discussão da caracterização da amostra e o segundo é referente à discussão dos resultados relativamente as hipóteses de investigação formuladas.

5.1- Discussão da caracterização da amostra

Assim a nossa amostra é constituída por 1111 utentes. Relativamente à percentagem de inquiridos por Centro de Saúde a distribuição da amostra varia entre 22,3% (Bragança) e os 3,8% (Vimioso) dados aproximados aos de Felício, Machado e Teixeira (2009), relativamente à população residentes nos concelhos 23,1% da população em Bragança, Mogadouro com 6,9%, Vila Flor com 5,6%, Vila Nova de Foz Côa com valor igual de 5,3%, Vimioso com 3,3%. Relativamente a Macedo de Cavaleiros e Mirandela obtivemos valores relativamente inferiores ao do referido estudo pois em Macedo de Cavaleiros é de 11,3% e em Mirandela 17,1%. O que nos sugere que a nossa amostra tem representação para a população em estudo.

Quanto ao sexo dos inquiridos observamos uma predominância do sexo feminino (71,4%). O INE (2001) refere que 51,7% da população portuguesa é feminina e 48,3% masculina. No registo da população inscrita nos clínicos gerais do ACES (2009) refere que a maioria dos inquiridos (51,7%) é do sexo feminino, apenas 48,3% é do sexo masculino. Relativamente à percentagem de utentes por Centro de Saúde verificamos que os utentes de Carrazeda de Ansiães e Vimioso têm maior proporção de indivíduos do sexo masculino (36,5%) e feminino (35,7%). Dados aproximados aos do registo da população inscrita nos clínicos gerais do ACES (2009), que refere que a percentagem de Homens do distrito de Bragança é de 48,3% e no Centro de Saúde de Vimioso a percentagem de Homens é de 49%.

Quanto à distribuição da idade dos inquiridos, verificamos que a maior parte tem idades entre os 18 e 45 anos, dados que são quase decalcados pelo INE (2001) onde refere que na região Norte,

por cada 100 indivíduos com idade compreendida entre os 55 e os 64 anos, existiam 166 indivíduos com idade compreendida entre os 20 e os 29 anos. Dados aproximadamente iguais aos do ACES (2009) em que refere que a média de idades dos utentes de Alfandega da Fé é de 50,7anos, Vila Flor com 48,7anos, Carrazeda Ansiães com 50,8 anos. Assim como a média de idades encontradas no nosso estudo, Miranda do Douro é um dos Centros de Saúde que apresenta a média de idades inferior com 47,9 anos e Bragança apresenta uma média de idades de 46,8anos. O Centro de Saúde que apresenta uma média de idades superior é o que Freixo de Espada à Cinta e Vimioso com 53,2anos e 53 anos respectivamente. Dados que são quase decalcados pelo INE (2001) referem que os concelhos mais envelhecidos, são os de Vimioso e Freixo de Espada à Cinta, apresentavam valores 3 vezes superiores à média da região Norte.

Relativamente ao estado civil dos inquiridos verificamos que a maioria (61,8%) dos inquiridos são casados, 8,6% são viúvos e 2,7% vivem em união de facto. O INE (2001) refere que na região norte 5,8% da população é viúva, 51,0% são casados, dados muito inferiores aos encontrados no nosso estudo. Relativamente ao facto de serem solteiros, verificamos que o INE (2001) refere que 38,5% dos inquiridos são solteiros (dados superiores aos do estudo com 21,8%) e 2,1% da população vive em União de facto.

Quanto ao agregado familiar concluímos que 15,6% dos inquiridos estão inseridos em agregados familiares unipessoais, dados aproximados aos do INE (2010) que refere que 13,2% da estrutura familiar é constituída por 1 pessoa, 30,1% estão inseridos em famílias são constituídas por 2 pessoas, 26,7% com 3 pessoas, 18,4% com 4 pessoas e ainda 7,3% inserem-se em agregados com 5 e mais pessoas; em contrapartida no nosso estudo 21,3% dos inquiridos referem ter um agregado familiar de 4 pessoas, e só apenas 5,4% dos inquiridos possuem uma estrutura familiar com 5 ou mais pessoas.

Os utentes de Vimioso e Freixo de Espada à Cinta pertencem a famílias que tem em média 3 pessoas por agregado familiar; enquanto os utentes de Carrazeda de Ansiães e de Vinhais tem 2,4 e 2,3 pessoas, respectivamente em média por agregado familiar. Segundo os dados INE (2001) os concelhos com famílias de menor dimensão eram, por um lado os concelhos com população mais envelhecida, como Vinhais, Miranda do Douro, Carrazeda de Ansiães, Torre de Moncorvo, Vimioso, Vila Nova de Foz Côa e Freixo de Espada à Cinta, sendo a média 2,4-2,6 pessoas por família, o que subscreve os dados para estes dois concelhos.

Relativamente ao local de residência, concluímos que 57,4% dos inquiridos residem em zonas urbanas. Verificando-se existir uma associação entre o local de residência e o Centro de Saúde de proveniência, sendo os utentes do Centro de Saúde de Bragança (67,3%) mais associados a residirem em zona urbana. Dados aproximados aos do INE (2001) que referem que 58,5% da população residente no concelho de Bragança habita em meio urbano.

Em relação à posse de casa, verificamos que 75,9% dos inquiridos possuem habitação própria, dados corroborados pelo INE (2001) que referem, existir 73,6% da população com casa própria e 22,3% das pessoas habita em casa arrendada.

Quanto à escolaridade, 24,2% dos inquiridos possui o ensino superior e 9,3% da amostra não sabe ler nem escrever. Segundo a Base de Dados Portugal Contemporâneo (2010), 10,3% da população não sabe ler nem escrever (dados superiores mas próximos aos da nossa amostra), 15,7% da população possui o ensino secundário, 61,9% possui o ensino básico (28,4% 1º Ciclo, 13,9% 2º Ciclo, 19,6% 3º Ciclo), e 11,8% da população possui ensino superior (dados muito inferior ao do nosso estudo). Relativamente aos inquiridos de Freixo de Espada à Cinta, verifica-se que a maioria de utentes possui o ensino básico (48,3%) e 11,7% dos inquiridos não sabe ler nem escrever. Relativamente à taxa de analfabetismo, os dados do INE (2001) referem que Freixo de Espada à Cinta é o concelho onde a taxa de analfabetismo era a maior com 15,8%, verifica-se no nosso estudo uma significativa diminuição.

Relativamente à profissão concluímos que 10,8% dos inquiridos são agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, 23,60% dos inquiridos são do grupo dos serviços e vendedores, 18,5% dos inquiridos são trabalhadores não qualificados. Dados quase decalcados pelo INE (2011), onde refere que 10,9% da população são agricultores, 18,1% está empregada na construção e indústria, 15,8% da população trabalha nos serviços, 11,7% trabalhadores não qualificados, 9,5% técnicos intermédios.

Em relação à situação profissional actual, 59,7% dos inquiridos pertencem à população activa, dados aproximados aos do INE (2010) onde refere que 52,5% da população é activa. No 4º Trimestre de 2010 a taxa de desemprego foi de 11,1% (dados aproximadamente iguais ao do nosso estudo, onde 11,9% da população encontra-se desempregada.) Relativamente à situação profissional, Felício, Machado e Teixeira (2009) referem que 11% das mulheres e 10% dos homens na região norte estão desempregados. Relativamente à taxa de desemprego, o INE (2001) refere que Mirandela tem uma taxa de desemprego de 9,2%, Macedo de Cavaleiros é de 6%, Mirandela 4,5%, Vinhais 12,5%, Freixo de espada Cinta a taxa de desemprego é de 12,6%. Relativamente a população reformada o INE (2001) refere que 23,5% da população do concelho de Bragança está reformada, no nosso estudo a reforma está relacionada com 29% da população.

Quanto ao rendimento concluímos que 32,7% dos inquiridos tem um rendimento familiar abaixo de 500€, 28,9% dos inquiridos auferem entre 500-999€, 20,10% entre 1000-1499€, 10,9% entre 1500-2000€ e 7,5% mais de 2000€. Dados semelhantes ao estudo de Veigas e Gonçalves (2009) realizado em Vila Real, que sugere que 36,2% da população tem rendimentos entre 0€ a 500€, 33,8% de 500€ a 1000€, 22,2% de 1000€ a 1500€, 5,3% de 1500 a 2000€ e 2,4% com mais de 2000€ de rendimentos mensais.

Relativamente ao número de refeições realizadas pelos inquiridos, concluímos que 36,9% dos inquiridos realizam 4 refeições dia, dados aproximados ao do nosso estudo foram encontrados por Miguel (2009), onde refere que 8,5% dos inquiridos fazem menos de 3 refeições dia, 31,78% refere realizar 3 refeições dia, 37,69% fazem 4 refeições dia e 30,02% dos inquiridos fazem mais de 4 refeições dia.

No que diz respeito à prática de actividade física observamos que a maioria (63,5%) a diz praticar regularmente, verificando que 15,8% somente a pratica uma vez por semana, 47,40% referem praticar exercício físico mais de duas vezes semana. Nos países desenvolvidos, mais de dois milhões de mortes são atribuíveis ao sedentarismo e 60% a 80% da população mundial não é suficientemente activa para obter benefícios na saúde (OMS, 2002). Silva (2003), num estudo acerca dos Índices de Actividade Física na Região Autónoma da Madeira, Funchal e restantes Concelhos Regionais, concluiu que apenas 13,6% dos inquiridos praticam desporto. Num estudo realizado por Camões e Lopes (2008) a prevalência de sedentarismo encontrada em Portugal foi de 87,8% na actividade física de lazer e que 13% dos inquiridos reportaram realizar pelo menos 30 minutos de actividade física de lazer em um ou mais dias da semana, observando-se uma percentagem muito baixa (3,3%) de indivíduos que realizam a mesma duração de actividade física de lazer, cinco ou mais vezes por semana.

Quanto aos hábitos alcoólicos concluímos que 73,0% dos inquiridos consomem bebidas alcoólicas. O que está em linha de com o estudo de Miguel (2009), pois refere que na região Norte 29,01% da população não bebe qualquer tipo de bebidas alcoólicas. Também Cabral et al (2002) num inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa concluíram que 35,1% da população nunca consumiram bebidas alcoólicas. Relativamente à frequência do consumo de bebidas alcoólicas concluímos que 48,6% dos inquiridos consomem bebidas alcoólicas apenas em condições especiais, dados muito superiores aos do estudo de Cabral et al (2002) onde apenas 26,3% dos inquiridos, bebem em condições especiais, 5,1% menos de uma vez por semana, 5,4% apenas no fim-de-semana, 10,7% quase todos os dias e 9,1% todos os dias.

No estudo de Dixe e Catarino (2010) realizado na região de Leiria relativamente à ingestão de bebidas com teor alcoólico 59,7% dos inquiridos, refere raramente ou nunca ingerirem álcool, 31,6% fazendo as vezes, 4,7% quase todos os dias e 4% todos os dias (percentagem muito menor comparativamente com o nossa amostra, pois 15,10% dos inquiridos referem consumir diariamente bebida alcoólicas).

O estudo coordenado por Cortez-Pinto analisou 2500 dados estatísticos de saúde e demográficos, utilizando a abordagem DALY (Disability-Adjusted Life Years). Este tipo de abordagem leva em consideração, o conjunto dos efeitos que as doenças decorrentes do consumo de álcool podem ter sobre a mortalidade prematura. O consumo de álcool pode influenciar a redução da qualidade e da expectativa de vida das pessoas que são diagnosticadas com doenças decorrentes do consumo de álcool. Segundo o estudo, 3,8% das mortes de Portugal são causadas pelo consumo

de álcool. Desta percentagem, 31,5% corresponde a doenças hepáticas, 28,2% a acidentes de carro, 19,2% a vários tipos de cancro e doenças cardiovasculares. Em termos económicos, estas perdas correspondem a 191 milhões de Euros para Portugal em custos directos, 0,13% do PIB do país e 1,25% dos gastos nacionais com saúde (Cortez-Pinto, 2010)

Uma substancial maioria dos utentes inquiridos (85,0%) não tem qualquer hábito tabágico; havendo contudo uma franja de 15,0% de utentes fumadores. Dos fumadores 68,3% fuma menos de 1 maço de tabaco por dia. Machado, Nicolau e Dias (2009) realizaram um estudo acerca do consumo de tabaco na população portuguesa em 2005/2006 e concluíram que os fumadores representavam 18,7% da população portuguesa, face ao exposto podemos concluir que a prevalência de fumadores da amostra em estudo é inferior à da média nacional. Referindo também que 70% dos inquiridos fuma menos de 1 maço de tabaco por dia. Cabral et al (2002) referem que 4,6% da população fuma mais de 1 maço de tabaco diariamente.

Segundo Botelho, Lima, Pinto e Veiga (2008) 14,48% das despesas com a saúde deve-se ao consumo de tabaco. Em Portugal, no ano de 2005, 2129,482 milhões de euros são gastos com despesas de saúde relacionados com o fumo do tabaco. 1528,968 milhões de euros são gastos com despesas imputáveis ao tabagismo. O mesmo autor refere que a informação entre o fumo e a doença diminui a probabilidade de fumar em cerca de 50%, logo deve-se persistir nas campanhas antitabágicas e consultas de cessação tabágicas implementas em todos os Centros de Saúde do ACES Trás-os Montes- Nordeste, pois têm uma justificação em termos de ganhos em saúde.

Relativamente à existência de problemas de saúde verificamos que 52,0% referem ter pelo menos um problema de saúde. Mais de 600.000 portugueses entre os 35 e os 64 anos consideram ter importantes problemas de saúde que condicionam gravemente a sua qualidade de vida. É portanto nos grupos etários mais elevados, que como vimos, têm tendência a aumentar que mais frequentemente há problemas de saúde. Aspecto relevante de saúde das populações é as doenças crónicas pelo impacto que têm na qualidade de vida dos cidadãos e no consumo de recursos de saúde (Araújo, 2008).

Os problemas ósseo-articulares são os mais referidos (20,3%) pelos nossos inquiridos, seguem-se os problemas de tensão arterial (19,5%), com menor importância mas com algum destaque surgem a depressão (7,7%), tiróide (5,5%). Relativamente à Prevalência Doenças Reumáticas em Portugal, Silva e Branco (2009) referem que varia entre 20-30% da população, dados corroborados pelo nosso estudo em que 20,3% da nossa amostra sofre de problemas ósseo-articulares. Também Miguel (2009) refere que na região Norte 21,2% da população sofre de problemas ósseo-articulares.

De acordo com os últimos dados do estudo de prevalência, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal, coordenado por Mário Espiga Macedo, em 2008, 46,5% dos portugueses com mais de 18 anos sofriam de hipertensão. Cortez-Dias, Martins, Belo e Fieuza (2009) consideram a

prevalência teórica de hipertensão na população adulta portuguesa de 42,1%, 49,5% no sexo masculino e 38,9% no sexo feminino.

Relativamente à região Norte, Miguel (2009) refere que 18,2% da população tem hipertensão. Quanto à prevalência da Diabetes, 11,4% da nossa amostra sofre desta patologia, dados muito próximos ao do estudo de Pina e Brito (2009) onde narra que em Portugal, no ano 2008, a prevalência desta doença era de 11,7% na população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos.

A prevalência em Portugal de doenças coronárias é de 5,1% e 27,5% da população sofre de problemas relacionados com o colesterol elevado (Fiuza; Cortez-Dias; Martins & Belo (2010) Relativamente à doença renal crónica, estima-se que em Portugal cerca de 800.000 pessoas possam sofrer desta patologia (Vinhas, 2007). Segundo Gouveia, Borges e Carneiro (2010) em Portugal existe uma prevalência de 5,4% de doenças pulmonares (dados superiores ao do nosso estudo, pois apenas 2,3% refere ter problemas desta índole).

A prevalência da depressão no estudo de Gonçalves e Fagulha (2004) é 34,5% da população, dados muito superiores ao do nosso estudo, pois apenas 7,7% da amostra refere ter problemas depressivos, no entanto, dados aproximados aos de Miguel (2009) que refere que na região Norte 8,2% da população sofre de depressão. Ainda Miguel (2009), relativamente ao mesmo espaço geográfico, sugere que 3,1% da população padece de Tumores malignos/ Câncer (dados aproximados ao do nosso estudo, 2,1% da população refere sofrer de câncer, contudo no esta percentagem é de 3,4% no Centro de Saúde de Alfandega da Fé).

Em Portugal as doenças da tiróide afectam 10% da população (Castro, 2008), no nosso estudo apenas 5,5% dos inquiridos o referem, de salientar o Centro de saúde de Vila Nova de Foz Côa onde 11,9% dos inquiridos referem padecer de este problema de saúde.

Quanto à avaliação das dimensões do instrumento SF-36 v2 as dimensões onde os utentes apresentam melhor qualidade de vida são as FF (74,9) e DE (71,7), dados que vão de encontro aos do estudo de Severo, Santos, Lopes e Barros (2006) onde as dimensões, DE (76,9), DF (76,7), FS (76,0) e FF (75,4) são as que apresentam maior índice de qualidade de vida, as SG (59,5) e VT (57,2) remetem para o menor percepção de qualidade de vida.

No estudo realizado por Ferreira e Santana (2003), os utentes apresentam menor qualidade de vida nas dimensões, SG (55,8) e VT (58,43), contrariamente, a FF (75,3) e o DE (73,5) apontam o maior percepção de qualidade de vida. O P50 relativamente ao FF é de 85, DF e FS é de 75 para o SG é de 55, valores iguais ao da nossa amostra.

Relativamente ao item estado de saúde, concluímos que 62,2% dos inquiridos referem ter, um estado de saúde aproximadamente igual ao que acontecia há um ano, 4,5% referem o estado geral actual muito melhor. No estudo de Amorim (2007) sobre a qualidade de vida do indivíduo

com diabetes mellitus tipo 2, verificou que uma percentagem substancialmente superior (7%) referiram o seu estado geral de saúde muito melhor e apenas 2,3% referem ter um estado de saúde muito pior que há um ano atrás.

5.2- Discussão das hipóteses de investigação

Os resultados deste trabalho e a sua interpretação permitem-nos inferir quais as características sócio-demográficas e clínicas que têm implicação na percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde dos utentes dos Centros de saúde do ACES Trás-os-Montes I - Nordeste.

Relativamente à relação entre as variáveis sócio-demográficas e a percepção da qualidade de vida (H1), os resultados confirmam a hipótese.

Relativamente ao Centro de Saúde de proveniência, os resultados confirmam a hipótese, pois verificou-se uma relação estatisticamente significativa. Os utentes de Mirando do Douro e Vimioso apresentam melhor percepção de qualidade de vida, enquanto os utentes de Freixo de Espada à Cinta e de Vila Flor são os utentes com menor percepção de qualidade de vida.

No que diz respeito à variável sexo, os resultados confirmam a hipótese, pois existem diferenças estatisticamente significativas, entre o sexo feminino e o masculino. Os utentes do sexo masculino apresentam melhores médias de percepção de qualidade de vida, dados corroborados por outros estudos que ao comparar os resultados entre homens e mulheres, nos indicam que, as pontuações fornecidas pelos homens são significativamente mais elevadas quando comparadas com as fornecidas pelas mulheres, (Cabral et al, 2002; Silva, 2003; Pimentel, 2003; Barros, 2003; Ferreira & Santana, 2003; Amorim, 2007; Barros et al ,2009, Anes & Ferreira, 2009; Oliveira, 2009). Quanto às dimensões, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas, nas dimensões dor, vitalidade, Função social, saúde mental e componente mental, sendo aqui também, menor a média para o sexo feminino, no estudo de Anes e Ferreira (2009) apenas existe diferenças estatisticamente significativas nas dimensões físicas.

O género sexual, é um factor importante na maneira como cada pessoa auto-avalia o seu estado de saúde, pois há uma tendência para as mulheres subestimarem a apreciação positiva da sua saúde, contrariamente aos homens, que, tendem a privilegiar positivamente essa mesma apreciação positiva (Vintem, 2008).

Assim, a relação da idade e a percepção da qualidade de vida, sugerem-nos uma correlação inversa ou negativa, sendo mais evidente, nas dimensões função física, desempenho físico, vitalidade e na componente física. Os inquiridos mais velhos, têm geralmente menor avaliação da

qualidade de vida, comparativamente aos utentes mais novos, dados corroborados pelos estudos de Cabral et al, (2002); Silva (2003); Pimentel (2003); Barros (2003); Ferreira e Santana (2003); Amorim (2007); Barros et al (2009), Anes e Ferreira (2009); Oliveira (2009), que nos sugerem, que a pontuação do índice de qualidade de vida diminui significativamente com o aumento da idade.

Quanto à variável, estado civil verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas. Concluindo que, os utentes solteiros (73,0) apresentam melhor percepção de qualidade de vida quando comparados com os (casados, viúvos, divorciados e em união de facto). Nos estudos de Silva, Ferreira e Santana (2003), também os indivíduos solteiros apresentavam valores relativamente a percepção de qualidade de vida, mais altos comparativamente, aos grupos de casados e a viver em União de Facto.

No que concerne, às dimensões, em relação ao estado civil, concluímos que os utentes solteiros apresentam valores mais elevados em todas as dimensões, quando comparados, com o grupo de casados, viúvos e divorciados. Dados que vão de encontro, aos do estudo de Ferreira e Santana (2003), onde, as dimensões físicas avaliadas pelos solteiros, correspondem a valores mais saudáveis do que as fornecidas pelos casados.

Relativamente à influência do agregado familiar na percepção da qualidade de vida, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas. Concluindo-se que quanto maior é o agregado familiar, melhor é a percepção de qualidade de vida em todas as dimensões. Segundo Silva (2003), Amorim (2007), Anes e Ferreira (2009) a relação entre a percepção da qualidade de vida e a situação familiar, sugerem-nos, pontuações mais favoráveis relativamente a percepção de qualidade de vida, em indivíduos que não vivem sós. Quanto às dimensões, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas. Sendo as dimensões, função vitalidade e saúde em geral, aquelas, onde os inquiridos apresentam menor média de qualidade de vida, dados reforçados por Amorim (2007), Anes e Ferreira (2009) onde, os indivíduos que vivem com companheiro(a) e em famílias nucleares apresentam melhores resultados e insinuam ter melhor qualidade de vida.

O nível de instrução também fornece dados conclusivos relativamente à sua influência na percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde. Os indivíduos com maior o nível de instrução, apresentam melhor percepção de qualidade de vida, com diferenças estatisticamente significativa.

A escolaridade tem uma função relevante na avaliação da percepção de qualidade de vida, pois é um recurso que condiciona a saúde, pessoas com níveis de escolaridade mais altos aderem melhor a medidas de prevenção da doença e promoção da saúde e corrigem com maior frequência os seus hábitos e estilos de vida menos saudáveis (Vintém, 2008). Os indivíduos com menos escolaridade tendem a aperceber-se da sua qualidade de vida de uma forma mais negativa

do que os indivíduos com maior instrução (Cabral et al, 2002; Ferreira & Santana, 2003; Silva, 2003; Amorim, 2007; Anes & Ferreira, 2009).

A propósito, a educação é determinante para a saúde, já que, indivíduos com nível educacional mais elevado, estão menos tendentes, a se exporem aos factores de risco, potencialmente maléficos. Este pressuposto, favorece o acesso à informação, à alteração dos estilos de vida, à adopção de hábitos mais saudáveis, à procura dos serviços de saúde e ao seguimento correcto das orientações relacionadas com a obtenção de melhor qualidade de vida (Hartman, 2008). Uma maior escolaridade encontra-se associada com um melhor estado de saúde, o que está de acordo com as previsões do modelo de Grossman (Barros, 2003).

Analogamente, o nível de instrução em função das dimensões, verifica diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e componentes. No estudo de Ferreira e Santana (2003) e Anes e Ferreira (2009) verificaram que o nível de instrução influencia todas as dimensões da percepção de qualidade de vida. Em contrapartida no estudo de Amorim (2007), constatou que o grau de escolaridade apresenta diferenças estatisticamente significativas nas dimensões FF, DF, DR, DE e na componente física.

Para a variável situação profissional, os resultados demonstram uma relação estatisticamente significativa, sendo que os utentes activos apresentam melhores médias de qualidade de vida, quando comparados com os utentes reformados por doenças, dados em consonância com os dos estudos de Amorim (2007) e Anes e Ferreira (2009) que, sugerem que, os indivíduos activos apresentam melhor percepção de qualidade de vida, por comparação com os não activos. Relativamente às dimensões do SF-36 v2 verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas, concluindo que, os inquiridos reformados por doença apresentam menor qualidade de vida em todas as dimensões e as duas componentes (física e emocional) quando comparados com as outras situações profissionais (activos, desempregados e reformados por idade), dados validados por Anes e Ferreira (2009) pois os trabalhadores activos apresentam melhor média de qualidade de vida em todas as dimensões.

Quanto à variável, local de residência, os resultados confirmam a hipótese, pois existem diferenças estatisticamente significativas, em função do local de residência, assim em todas as dimensões e nas duas componentes, os residentes em zona urbana, apresentam melhores médias de qualidade de vida, dados vivificados pelos estudos de Hartman (2008), Anes e Ferreira (2009) em que, os indivíduos residentes nas áreas urbanas, apresentam melhores valores para a percepção de qualidade de vida do que os que residem em áreas rurais. No estudo de Ferreira e Santana (2003) este pressuposto só se verifica nas dimensões físicas, saúde em geral e vitalidade.

Ao estudar a influência do rendimento familiar sobre a percepção de qualidade de vida, os resultados confirmam as hipóteses de investigação, verificando-se uma relação estatisticamente

sinificativa, concluindo que os utentes que auferem menos de 500 euros mensais, apresentam, menor percepção de qualidade de vida. Hartman (2008, p. 35) refere que “uma melhor percepção da própria saúde foi claramente observada em inquiridos com maiores rendimentos, pois entre outros, melhor acesso a serviços médicos. Os inquiridos mais pobres procuram em menor número os serviços de saúde, aderem menos aos tratamentos e têm menor acesso a medicamentos”. Ainda, Cabral et al (2002) relatam que os inquiridos com rendimentos inferiores a 500€ tendem a declarar mais problemas de saúde. Oliveira (2009) constata que quanto maior é o valor do rendimento dos indivíduos, maior é a disposição de aludirem condições de saúde menos débeis. Também se verifica uma relação estatisticamente significativa entre o rendimento e as dimensões do SF-36 v2. Quando as famílias auferem mais de 2000€ apresentam melhores médias em todas as dimensões e nas duas componentes, dados reforçados por Ferreira e Santana (2003), Anes e Ferreira (2009) que obtiveram melhores médias em indivíduos maiores rendimentos.

A relação entre as características clínicas e a percepção da qualidade de vida (hipótese 2) os resultados confirmam a hipótese em algumas variáveis.

Em relação à variável existência de problemas de saúde, verifica-se uma relação estatisticamente significativa em todas as dimensões. A percepção de qualidade de vida apresenta melhor média nos inquiridos que referem não ter problemas de saúde. No estudo de Oliveira (2009), 61,0% dos indivíduos que não têm doenças crónicas referem ter um bom estado de saúde bom. A existência de doenças crónicas encontra-se associada a um menor estado de saúde (Barros, 2003).

Verificou-se também a existência de diferença estatisticamente significativa quanto ao número de problemas de saúde dos utentes, assim os utentes com mais de dois problemas de saúde, têm menor qualidade de vida que os utentes com um problema de saúde, dados reforçados por Anes e Ferreira (2009), que concluíram que à medida que o número de complicações aumenta, diminui a percepção da qualidade de vida.

Quanto à variável, doenças associadas, verificamos a existência de diferença estatisticamente significativas, os indivíduos que referem ter problemas mentais apresentam menor média de qualidade de vida. Quanto às dimensões do SF-36 v2 verificam-se, também, a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e nas duas componentes. Os inquiridos com problemas mentais apresentam menor média de qualidade de vida em quase todas as dimensões, à excepção das dimensões, função física e saúde em geral e na componente física, pois são os inquiridos com doenças ósseo-articulares que apresentam menores médias para estas dimensões.

A variável tempo de doença, confirma-se existir uma relação estatisticamente significativamente, verificando-se que quanto maior é o tempo de duração da doença, menor é a percepção de qualidade de vida. Segundo Silva (2003, p. 417) “quanto maior a duração da doença, menor é a satisfação do indivíduo e maior é o isolamento social associado às limitações físicas”.

Relativamente ao número de refeições, que a percepção de qualidade de vida é, significativamente igual independentemente do número de refeições realizadas. Quanto às dimensões verificamos que, as diferenças são significativas apenas para três dimensões (função física, saúde geral, vitalidade) e a componente física.

Em relação à variável prática de actividade física, constatamos a existência de diferenças estatisticamente significativas, sendo que os utentes que praticam exercício físico apresentam melhor percepção de qualidade de vida. Os indivíduos sedentários encontram-se associados a um menor estado de saúde (Barros, 2003; Sampaio, 2007 e Barros et al, 2009). No estudo constata-se que são nas dimensões; função física, desempenho físico, vitalidade e a componente física, onde se verifica maior diferenciação entre os grupos. Dados reforçados por Sampaio (2007) onde refere que, tanto o desempenho físico, como a função física são, as dimensões que estão mais directamente relacionadas com o benefício do exercício.

Quanto à variável consumo de álcool verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, verificando-se que os utentes consumidores apresentam melhor percepção de qualidade de vida, nas dimensões verificamos que as diferenças são significativas para a função física, desempenho físico, saúde geral, vitalidade, saúde mental) e para as duas componentes.

Na regularidade da ingestão de bebidas alcoólicas observamos que influência significativamente a qualidade de vida, os bebedores frequentes apresentam maior percepção de qualidade de vida (77,7), dados confirmados por Barros (2003, p. 14) em que “um baixo consumo de álcool”, “nunca consumir” ou “consumir raramente”, encontra-se associado com um menor estado de saúde auto-reportado. O valor mais elevado ocorre para um consumo da ordem de “uma vez por mês”. Relativamente às dimensões, verifica-se diferenças estatisticamente significativas, na função física, dimensão física, dor, saúde geral e saúde mental e na componente física.

Quanto à variável consumo de tabaco, verificamos a existência de diferença estatisticamente significativa, assim, os utentes com hábitos tabágicos apresentam melhor índice de qualidade de vida. No que diz respeito as dimensões do SF-36 v2 verifica-se que existem diferenças significativas na função física, desempenho físico, dor, saúde geral e na componente física.

Segundo Barros (2003) o estatuto de fumador não parece ter relação com o estado de saúde auto-reportado. Apesar do sinal negativo sugerir um menor estado de saúde para os fumadores, o efeito não é estatisticamente diferente de zero. Tal contrasta com os habitualmente assumidos efeitos negativos do tabaco. Relativamente à quantidade de maços de tabaco consumido verificamos que não existe influência significativamente na qualidade de vida, nem nas dimensões do SF-36 v2. Mas os fumadores de um maço ou mais dias apresentam uma percepção de qualidade de vida ligeiramente inferior aos que fumam menos de um maço, dados validados pelo estudo de Barros et al (2009) onde refere que, os fumadores intensos (mais de 1 maço/dia) são os que apresentam uma menor percepção de qualidade de vida.

5- CONCLUSÃO/ SUGESTÕES

Num mundo em constante devir, em que os *mass-media* e as tecnologias de informação uniram países e continentes, transformando-os numa grande aldeia global, e em que a realidade da União Económica e Monetária e a participação de Portugal na zona Euro, pressupõem a continuação do cumprimento de critérios de convergência económicos e sociais, é cada vez mais importante o papel da medição da qualidade de vida relacionada com a saúde (Ferreira, 2002).

Medir o estado de saúde corresponde a uma descrição e quantificação da saúde do indivíduo, num determinado momento. A percepção subjectiva ou auto-avaliação da saúde, descreve como uma pessoa percebe a sua própria saúde (Sampaio, 2007).

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida, são importantes para orientar programas de promoção da qualidade de vida e comparar a qualidade de vida de indivíduos, da mesma cultura ou de culturas diferentes (Leal, 2008). Neste estudo a auto-avaliação do estado de saúde foi realizada através da aplicação da escala genérica, SF-36 V₂, que é reconhecida como “padrão-ouro” para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde (Oliveira & Orsini, 2009).

Da literatura, constatámos que são diversos os factores que podem influenciar simultaneamente a percepção do estado de saúde do indivíduo. De entre os principais factores destacámos: os indicadores socio-demográficos, que compreendem o sexo, local de residência, a classe etária e o estado civil; os indicadores socioeconómicos, que incluem o nível de escolaridade, recursos económicos suficientes para satisfazer as necessidades humanas básica e por fim os indicadores gerais de saúde, que contém a doença crónica (Leal, 2008) e também a qualidade de vida.

Ao pretendermos avaliar a percepção da qualidade de vida em utentes dos Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I - Nordeste, utilizamos um instrumento de avaliação genérica de qualidade de vida (SF-36v2). Estas avaliações devem constituir um critério importante na tomada de decisão quer a nível da gestão dos recursos humanos, matérias a favor de uma atenção integral dos (Bakewell, Higgins & Edmunds; 2002).

Assim a nossa amostra é constituída por 1111 inquiridos dos 13 Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I - Nordeste. Dentre os quais 22,3% pertencem ao Centro de Saúde de Bragança 10,9% ao Centro de Saúde de Mirandela, 9,5% ao Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros, tendo os restantes Centro de Saúde uma representatividade variando entre 3,8% e 7,7%.

Dos inquiridos, 71,4% são do sexo feminino. Com idades compreendidas entre os 18 e 90 anos de idade, sendo que 50% dos inquiridos têm idades entre os 18 e 45 anos, tendo uma média de idades de 47,6 anos. Relativamente ao estado civil, concluímos que 61,8% são casados. O agregado familiar varia entre um mínimo de uma pessoa até um máximo de nove pessoas, 46,5% têm entre 3 ou 4 pessoas.

Dos utentes inquiridos, 57,4% residem em zonas urbanas e 75,9% referem ter casa própria. Os que não possuem habitação própria, 54,1%, vivem em casas arrendadas.

Relativamente à escolaridade, 32,0% dos inquiridos possui o ensino básico, 24,2% o ensino superior e 5,5% dos inquiridos não sabem ler nem escrever, destacando-se os utentes de Vila Flor pois apresentam a maior taxa de analfabetismo (17,5%).

Quanto à profissão, o grupo das pessoas do serviço e vendedores (G5) é o mais frequente com 23,6%, em segundo plano destacam-se os trabalhadores não qualificados (G9) com 18,5%, 15,7% dos inquiridos são especialistas das profissões intelectuais e científicas (G2).

Dos inquiridos, 32,7% referem ter um rendimento familiar inferior a 500€ e apenas 7,5% refere ter um rendimento familiar superior a 2000€. Destacando os utentes de Bragança e Vimioso com maior rendimento familiar.

Em relação ao número de refeições, concluímos que 36,9% dos inquiridos referem realizar quatro refeições diárias, destacando-se Vimioso pelo facto de 9,5% dos utentes realizarem menos de três refeições.

No que respeita à prática do exercício físico, 36,5% refere praticar, dos quais 47,3% referem praticar três ou mais vezes por semana, não encontrando diferenças significativas entre os utentes dos diferentes Centros de Saúde.

A maioria dos utentes (73,0%) referem não consumir bebidas alcoólicas, dos que consomem, 46,8% apenas consome em condições especiais. Relativamente aos hábitos tabágicos, 85,0% dos inquiridos dizem não ter, sendo os utentes de Alfandega da Fé (25,4%) e Freixo de Espada à Cinta (23,3%), os mais fumadores. Dos fumadores, 68,3% fuma menos de 1 maço de tabaco dia. Nos Centros de Saúde de Freixo de Espada à Cinta, Mirandela e Vila Nova de Foz Côa há utentes de consumo elevado de tabaco.

Relativamente aos problemas de saúde, concluímos que um pouco mais de metade dos inquiridos (52,0%) tem pelo menos um problema de saúde. Os utentes de Freixo de Espada à Cinta (66,7%), Vila Flor (63,5%) e Vila Nova de Foz Côa (61,0%) apresentam, problemas de saúde superiores à média (52,0%). Destacando-se os os problemas osteo-articulares presentes em 20,3% dos utentes inquiridos. Relativamente aos problemas de tiróide, apenas foi referida por 5,5% dos inquiridos,

evidenciando-se os inquiridos de Vila Nova de Foz Côa com 11,9% a mencionar ter este problema. Verificando-se que as pessoas dizem ter o problema de saúde em média à 11,8 anos.

Em termos de caracterização global do índice de qualidade de vida utilizando o instrumento de colheita de dados SF-36 v2, concluímos para a nossa amostra, obtivemos um valor médio de 66,284; com desvio padrão de 19,720.

Quando questionados relativamente ao estado de saúde verificamos que as dimensões onde os utentes apresentam menor qualidade de vida são a saúde geral (54,9) e vitalidade (55,0), sendo no funcionamento físico (74,9) e no desempenho emocional (71,7), onde apresentam melhor índice de qualidade de vida. No item estado de saúde, 62,6% da nossa amostra referem ter um estado de saúde geral aproximadamente igual ao que acontecia a um ano.

Atendendo aos resultados obtidos e tendo em conta o contexto desta investigação, podemos afirmar que as hipóteses foram confirmadas na maior parte das variáveis, de facto. Em relação as características sócio-demográficas:

- Verificamos que existe diferenças entre o Centro de Saúde de proviniência e a percepção qualidade de vida. Os inquiridos de Vimioso e Mirandela apresentam melhor média de qualidade de vida. Verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em quase todas as dimensões a excepção da dimensão função social.
- Verifica-se que existem diferenças entre a percepção de qualidade de vida e o sexo. Observando-se, que os valores médios da qualidade de vida são maiores no sexo masculino. As diferenças são significativas para as dimensões dor, vitalidade, Função social, saúde mental e componente mental.
- Quanto a idade concluímos que, existe uma correlação significativa entre a idade e a percepção de qualidade de vida, assim os utentes com mais idade apresentam menor percepção de qualidade de vida. Na análise dimensional por grupo etário, verifica-se um decréscimo da percepção de qualidade de vida à medida que aumenta a idade, para todas as dimensões e duas componentes do SF-36 v2.
- A percepção da qualidade de vida está relacionada com o estado cívil. Os utentes solteiros e os utentes vivendo em união de facto apresentam melhor média de qualidade de vida; ao inverso, os utentes viúvos são os que apresentam menor qualidade de vida. Verificando-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do SF-36 v2.
- Foi confirmada, que existem diferenças entre o número de pessoas do agregado familiar e a percepção de qualidade de vida. Os utentes com agregados familiares maiores, apresentam melhor média de qualidade de vida. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o número de pessoas do gregado familiar e todas as dimensões do SF-36 v2.

- Existe diferença entre o local de residência e a percepção de qualidade de vida. Os utentes que residem em zonas urbanas referem ter melhor média de qualidade de vida que os utentes residentes em zonas rurais. Havendo diferenças estatisticamente significativas em quase todas as dimensões (salvo na dimensão saúde mental) e nas duas componentes.
- Também existem diferenças entre o nível de instrução e a percepção de qualidade de vida. Verificamos que quanto maior o nível de escolaridade dos utentes, maior é a qualidade de vida. As diferenças verificadas pelo nível de instrução são significativas em todas as dimensões e nas duas componentes.
- Existem diferenças entre a situação profissional e a percepção de qualidade de vida é confirmada. Os utentes activos apresentam melhor média de qualidade de vida. Verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e nas duas componentes.
- Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento e a percepção de qualidade de vida. Os utentes que auferem mais de 2000 euros, apresentam melhor média de qualidade de vida. Existe diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento e todas as dimensões do SF-36 v2.

Em relação as características clínicas:

- Confirma-se que existem diferenças entre o facto de ter problemas de saúde e a percepção de qualidade de vida. Os utentes que não têm qualquer problemas de saúde (77,8), têm uma média de qualidade de vida estatisticamente significativamente superior aos utentes que têm pelo menos um problema de saúde (55,6). Verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões e nas duas componentes do SF-36 v2.
- Existem diferenças entre o número de problemas de saúde e a percepção de qualidade de vida. Verificamos que os indivíduos sem nenhum problema de saúde apresentam melhor média de qualidade de vida.
- Verificamos que existem diferenças entre as doenças associadas e a percepção de qualidade de vida. Os inquiridos que referem ter doenças mentais, apresentam menor média de qualidade de vida. Concluindo também que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e nas duas componentes do SF-36 v2.
- Existem diferenças entre os anos de doença e a percepção de qualidade de vida. Os utentes com doença à menos de 5 anos, apresentam melhor média de qualidade de vida. Há relação entre os anos de doença e as dimensões do SF 36 v2, à excepção da função social, desempenho emocional e saúde mental e na componente mental.

- O número de refeições realizadas não influencia a percepção de qualidade de vida.
- Concluímos que existem diferenças entre os utentes que praticam actividades físicas e a percepção de qualidade de vida. Verificando-se também diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do SF-36 v2 e nas duas componentes.
- Apuramos que regularidade da prática de exercício físico, não influencia a percepção de qualidade de vida.
- Existe diferença entre o consumo de bebidas alcoólicas e a percepção da qualidade de vida. Os consumidores (moderados) apresentam melhor média de qualidade de vida. Existem diferenças estatisticamente significativas entre o consumo de bebidas alcoólicas e a maioria das dimensões do SF-36 v2, à excepção da função física, saúde geral, vitalidade, saúde mental.
- Existe diferença entre a frequência de consumo de álcool e a percepção da qualidade de vida. Os consumidores frequentes apresentam melhor média de qualidade de vida. Existindo também diferença entre a frequência de consumo de álcool e a maioria das dimensões do SF-36 v2, exceptuando as dimensões dor, função social, desempenho emocional.
- Encontramos relação entre, os hábitos tabágicos e a percepção da qualidade de vida. Os utentes com hábitos tabágicos apresentam melhor média de qualidade de vida. Existe relação estatisticamente significativa entre os hábitos tabágicos e quatro dimensões do SF-36 v2 (função física, desempenho físico, dor, saúde geral) e na componente física.
- Em relação à quantidade de maços de tabaco consumido, não influencia significativamente a percepção da qualidade de vida.
- Concluímos que existe diferenças entre os utentes que praticam actividades físicas e a percepção da qualidade de vida. Verificando-se também diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do SF-36 v2 e nas duas componentes.

Conscientes das limitações de um estudo transversal, seria gratificante que este trabalho ultrapassasse o âmbito académico, constituindo um trampolim para outros estudos, contribuindo para aumentar a informação e conhecimento acerca dos aspectos que afectam a percepção qualidade de vida dos utentes.

Os cuidados de saúde primários que têm como objectivo a promoção da saúde e a prevenção da doença, os profissionais de saúde que trabalham nesta área, devem continuar a insistir na Educação Para a Saúde aos utentes que os frequentam, pois um maior nível de conhecimentos leva a que obtenham uma melhor qualidade de vida. Educar para a escolaridade, é educar para a saúde, o que está de acordo com as previsões do modelo de Grossman (Barros, 2003).

É necessário dar *empowerment* (o acto de conceder poderes a) aos utentes, para que possam acreditar nas suas capacidades para agir eficazmente, transformando-a num seleccionado activo dos seus problemas. Visando maximizar os seus conhecimentos sobre o auto-cuidado, recursos e competências para lidar com a doença, auto-avaliação e sentido de autonomia pessoal, de forma a capacitá-los para assumirem o comando da gestão dos meios que possuem e estão ao seu alcance, na promoção da saúde e prevenção da doença, diminuindo os gastos em saúde.

Continuar com a divulgação das consultas de cessação tabágica e de alcoologia existentes em todos os Centro de Saúde do ACES, principalmente nos Centros de Saúde de Freixo de Espada à Cinta e Alfandêga da Fé, que apresenta uma percentagem de fumadores muito superior a média, pois o consumo de tabaco leva a um aumento das despesas com a saúde.

Relativamente às consultas de alcoologia deve-se insistir, com particular enfoque, nos Centros de Saúde de Macedo de Cavaleiros e Miranda do Douro, pois apresentam uma percentagem de consumidores de bebidas alcoólicas superior à média dos outros Centros de Saúde. O consumo de álcool em excesso leva a uma diminuição da qualidade de vida, podendo também provocar doenças decorrentes do consumo de álcool, cancro, doenças cardiovasculares, acidentes de viação entre problemas familiares e sociais (Cortez-Pinto, 2010).

O facto dos utentes inquiridos de Vila Nova de Foz Côa, apresenta uma percentagem de 11,7%, muito superior a média (5,5%) de utentes que referem ter problemas de tiróide, constitui uma sugestão para futura investigação.

A qualidade de vida também está relacionado com a zona de residência, assim em termos políticos devem ser tomadas medidas de intervenção nas zonas rurais, onde se obteve menor média de percepção de qualidade de vida.

Os resultados obtidos vem realçar a importância da promoção da saúde, prevenção da doença, de forma a obter ganhos na qualidade de vida, ganhos em saúde, acrescentando não apenas mais anos à vida mas, sobretudo mais vida aos anos. Isto porque os problemas de saúde referidos pelos inquiridos estão na sua maioria relacionados com hábitos e estilos de vida nocivos para a saúde Estes benefícios incluem ganhos directos relacionados com o menor uso dos serviços de saúde e menores gastos; e ganhos indirectos relacionados com a melhor preservação da qualidade de vida e das funções sociais e vocacionais dos doentes.

No final desta investigação concluímos que a percepção de qualidade de vida deve ser considerada um indicador de excelência ao nível da prestação de cuidados de saúde especialmente no que respeita à tomada de decisão, pelo que sugerimos que esta avaliação faça parte integrante do processo clínico dos utentes. Só auscultando os principais actores deste contexto, é possível avaliar a qualidade dos cuidados, facto que vem reforçar a sua utilização de forma sistematizada na prática de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C.M.S & Matos, A.P.S. (2006). Estilo de vida, percepção e estado de saúde em Estudantes do instituto politécnico de Viseu: Influência da área de formação. *Revista Educação, Ciências e Tecnologia*. 184- 200.
- Almeida, A.L.M. (2010). Considerações sobre a avaliação da qualidade de vida em grupo de pacientes com Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociência*. 18. 147-149.
- Alonso, J.; Prieto, L.& Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionário de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Revista: Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alves, L. C. (2004). *Determinantes da auto percepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000*. Dissertação de Mestrado em demografia do Centro de desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Económicas da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Amorim, M. I.S. P.L. (1999). *Qualidade de vida e coping na doença crónica um estudo em diabéticos não insulino dependentes*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e saúde mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Amorim, M.I.S.P.L. (2007). *Para lá dos números... Aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Andrade, M. C. P (2001). Psicologia da Saúde: Contributos para uma abordagem Interdisciplinar da Educação para a Saúde. *Revista Referência*, 7, 17-24.
- Anes, E. & Ferreira, P. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista de Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 67-82.
- Anes, E.M.G.J. & Castro, F.V. (2010). Percepção da qualidade de vida na insuficiência renal crónica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicología*. 1 (4), 581-594.

- Araújo, A. T. (2008) *Observatório nacional das doenças respiratórias*. Consultado em 20 de Fevereiro de 2011, em: <http://www.ondr.org/Relat%F3rio%20ONDR%202008.pdf>
- Araújo, I. M. B. (2006). Saúde, Doença e Educação para a Saúde: Uma Perspectiva. *Revista Sinais Vitais*, 67, 13-16.
- Arenas, V.G. (2006). *Avaliação da qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crónica em tratamento por diálise peritoneal automatizada e hemodiálise utilizando o instrumento SF-36*. Dissertação de mestrado da faculdade de medicina de São Paulo.
- Artal, F.J.C. (1998). *Percepcion de la salud, calidad de vida y gasto sociosanitario en supervivientes de un ictus y en sus cuidadores principales*. Dissertação de Doutoramento em Medicina Y Cirurgia pela Universidade de Madrid.
- Bakewell, A. B., Higgins, R. M. & Edmunds, M. E. (2002). Quality of life peritoneal dialysis patients: Decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney International*, 61, 239-48.
- Barros, M.B.A; Zanchetta, L.M.; Moura, E.C. & Malta, C.M. (2009). Auto-avaliação da saúde e factores associados, Brasil. *Revista Saúde Pública*. 43,27-37.
- Barros, P.P. (2003). Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 3, 7-17.
- Barros, P.P. (2009). *Economia da Saúde - Conceitos e comportamentos*. Coimbra: Editora Almedina.
- Barros, V.G. & Nahas, M. V. (2001). Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Revista Saúde Pública*; 35(6):554-63
- Base de dados Portugal Contemporâneo (2010). *População residente com 15 ou mais anos: total e nível de ensino escolaridade completo mais elevado* (2010). Consultado a 3 de Março de 2011, em: http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4.
- Biasotto-Gonzalez, D.A; Mendes, P.C.C; Jesus, L.A& Martins, M.D. (2009). Qualidade de vida em portadores de disfunção temporomandibular – um estudo transversal. *Revista Instituto Ciências da Saúde*. 27,2, 128-132.
- Bowling, A. (1995) Health-Related Quality of Life: A Discussion of the Concept, its use and Measurement, *Measuring Disease*. Buckingham: Open University Press; 1-19.

- Botelho, A.; Lima, E; Pinto, L. & Veiga, P. (2008). *Smoking Attributable Health Care Expenditures in Portugal*. Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada Universidade do Minho
- Brasil, V.V; Zatta, L.T; Cordeiro, J.A. & Silva, A. (2008). Qualidade de vida de portadores de dores crónicas em tratamento com acupuntura. *Revista Electrónica de Enfermagem*. 10,2.383-394. Consultado em 19 de Setembro de 2010, em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a10.htm>.
- Cabral, M. V.; Silva, P. A. & Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Editora Imprensa de Ciências Sociais.
- Calmeiro, L. & Matos, M.G. (2004). *Psicologia: Exercício e Saúde*. Lisboa, Visão e Contexto.
- Camões, M. & Lopes, C. (2008) Factores associados à actividade física na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*; 42(2), 206-216.
- Campolina, A. G. & Ciconelli, R.M. (2006). Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 19, 2, 128-136.
- Campos, M.O. & Neto, J.F.R. (2008). Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde pública*. 32, 2, 232- 240.
- Carvalho, A.A.S. (2007). *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Tese de Doutoramento da Universidade do Minho.
- Carvalho, A. C. (2010). *Homens e mulheres em Portugal*. Instituto Nacional de Estatística. Consultado em 5 de Novembro de 2010, em:[http:// www.ine.pt](http://www.ine.pt).
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa: Editora Lusociência
- Carta de Ottawa (1986). *Primeira Conferencia Internacional de Promoção da Saúde*. Consultado em 19 de Setembro de 2010, em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> .
- Castelo, R. A.V.B.; Ribeiro, J. P.;& Castelo, H. B. (2008). Qualidade de vida em doentes colecistectomizados por colecistite aguda: cirurgia clássica versus cirurgia laparoscópica. *Revista de Psicologia, Saúde e doença*. 9, 5-14.

- Castro, J. (2008). *Doenças da tiróide*. Consultado a 2 de Fevereiro de 2011, em: <http://www.tribunamedicapress.pt/nacional-1/5029-doencas-da-tiroide-afectam-10-da-populacao-portuguesa>.
- Castro, M.G.; Oliveira, M.S.; Moraes, J. F. D.; Miguel, A.C.& Araújo, R.B.(2007). Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Revista de psiquiatria clínica*, 34,2, 61-67.
- Ceia, F; Fonseca, C.; Mota, T; Murais,H; Matias, F.; Costa, C. & Gouveia-Oliveira, A. (2004) Epidemiologia da insuficiência cardíaca em Portugal continental: Novos dados do estudo EPICA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 23, 15-22
- Charles, A. (2006). Determinantes de Saúde e Promoção para a saúde uma abordagem para a melhoria do estado de saúde das populações. Texto apresentado no XXXII Conselho Nacional Coordenador de Saúde.
- Classificação Portuguesa das Profissões (2010). Consultado a 8 de Janeiro de 2010, em: http://portal.iefp.pt/portal/page?pageid=177,139188&_dad=gov_portal_iefp&_schema=GOV_PORTAL_IEFP&id=4
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa. Editora Lidel.
- Cortez-Dias, N., Martins,S., Belo, A. & Fiuza, M. (2009). Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa Cardiologia* 28 (5), 499-523
- Cortez-Pinto, H (2010). *O consumo de álcool em Portugal representa pesado encargo económico para o sistema de saúde daquele país*. Consultado em 4 de Março de 2011, em: [htt://www.news-medical.net/news/20100601/14/Portuguese.aspx](http://www.news-medical.net/news/20100601/14/Portuguese.aspx).
- Cortina, G. & Llopis, G. (1988). Ecologia y Salud Humana. *Revista Medicina Preventiva e Salud Pública*, 8, 137-146.
- Costa, R. (2008). *O efeito da educação sobre estado de saúde individual no Brasil*. Dissertação de Mestrado Faculdade de Ciências económicas.
- Damian, J. et al. (1999). Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 7, p. 412-416.
- Dias, P. C. S.S. (2008) *Determinantes sociais e comportamentais do consumo de álcool*. Faculdade de Medicina da Universidade do porto. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

- Dixe, M.A.C. & Catarino, H.C. (2010). *Obesidade, hábitos alimentares e estilos de vida da população de Leiria*. Consultado em 5 de Março de 2011, em: <http://www.iconline.ipleiria.pt/bitstream.pdf>.
- Duarte, P.S; Miyazaki, M.C.O.S.; Ciconelli, R.M.& Sesso, R. (2003). Tradução e adaptação do instrumento de avaliação da qualidade de vida para pacientes renais crónicos. *Revista Associação Medicina Brasileira*. 49. 375-381.
- European Commission, (2003) Health status : indicators from the National Health Interview Surveys (HIS round 2004) : selfperceived health by sex. Luxembourg : European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General, Directorate C — Public Health and Risk Assessment, C2 — Health Information, 2004b.Consultado em 13 de Setembro de 2010, em: <http://www.ec.europa.eu/health/ph/information/dissemination/echi/echi30en.pdf>, retirado a 13/09/2010.
- Felício, M. M.; Machado, V. & Teixeira, C. (2009). Perfil de Saúde da Região Norte. Consultado em 20 de Novembro de 2010, em:http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Perfil_RN_2009.pdf.
- Ferreira, F. A. G. (1989). *Sistema de Saúde e Seu Funcionamento*. Lisboa. Editora Fundação Calous Glubenquien.
- Ferreira, F. S. (2008). *Qualidade de vida relacionada à saúde dos indivíduos com Diabetes mellitus atendidos por uma equipa de Saúde da Família no município de Uberaba, 2007*. Dissertação Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Ferreira, L. N. (2002). *Utilidades, QALYS e medição da qualidade de vida*. Associação Portuguesa de Economia e Saúde. Universidade do Algarve.
- Ferreira, P. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte II – Testes de validação. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 13, 119- 127.
- Ferreira, P. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, P.L. & Anes, E. J. (2010). Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicas: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Revista de saúde Pública*. 28.1. 35-39.
- Ferreira, P. & Ferreira, L. (2006). A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 24, 2 5-14.

- Ferreira, P. & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 21, 2, 15-30.
- Fiuza, M.; Cortez-Dias, N.; Martins, S. & Belo, A. (2010). Estudo epidemiológico da prevalência da síndrome metabólica na população portuguesa *Revista Portuguesa Cardiologia*. 29 (5): 499-523.
- Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Lisboa: Lusodidacta.
- Fortin, M., Grenier, R., & Nadeau, M. (1999). Métodos de colheita de dados. *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Camarate: Lusociência.
- Gaspar, P. J. S. (2006). *Efectividade da Educação para a Saúde no comportamento alimentar dos adolescentes e jovens estudantes*. Dissertação de Mestrado. Leiria.
- Gonçalves, B & Fagulha, T. (2004) Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20.13-27.
- Gouveia, M.; Borges, M. & Carneiro, V. (2010). *Carga de Doença Atribuível ao Tabaco*. Consultado em 1 de Março de 2011, em: <http://www.hospitaldofuturo.com>.
- Grupo de estudo da tiróide. (2005). *Cancro da Tiróide O Problema e a Recuperação com Qualidade de Vida*. Consultado a 2 de Fevereiro de 2011, em: <http://www.spedm-tiroide.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc60.pdf>.
- Hartmann, A. C. V. C. (2008). *Factores associados a auto percepção de saúde em idosos de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Biomédica da Universidade Católica de Rio Grande, Porto Alegre.
- Instituto Nacional de Estatística. (2001). *Censos 2001*. Consultado a 20 de Fevereiro de 2011, em: http://paginas.ispgaya.pt/~vmca/Documentos_links/censo2001.pdf.
- Instituto Nacional de Estatística. (2007). Consultado a 20 de Fevereiro de 2011, em: <http://www.canibairsereis.com/download/portugal-estatistica-2007>.
- Instituto Nacional Estatística (2010). *Estatística de emprego 4 trimestre 2010*. Consultado em 3 de Março de 2011, em: <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Estimativas da População Residente, 2007*. Consultado em 16 de Dezembro de 2010, em: <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *As pessoas*. Consultado em 1 Março 2011, em: <http://www.ine.pt>.

- Jóia, L.C., Ruiz, T. & Donalísio, M.R. (2008). Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Epidemiologia Serviço Saúde*, 17, 187-194.
- Leal, C. M. S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado da Universidade dos Açores.
- Lezaun, J.J.Y. (2006). *Análisis de la Calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Colección Estudios Série Personas Mayores.
- Lorenzi, D.R.S.; Saciloto, B.; Artico, G.R. & Fontana, S.K.F.(2009). Qualidade de vida e factores associados em mulheres climatéricas residentes na Região Sul do Brasil. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 22, 51-58.
- Macedo, M. E, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalinho V & Carmona J. (2007) Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal. The PAP study. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26(1),:21-39.
- Machado, A., Nicolau, R. & Dias, C. M. (2009). *Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia. Consultado em 10 de Novembro 2010, em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/Tabaco.pdf>.
- Márties, M. A. (2003). Sobre Saúde, a Doença e os cuidados de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 51, 41-43.
- Martins, C. S.G. (2005). *Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus*. Consultado a 11 de Novembro de 2010, em: <http://www.psicologia.com.pt>.
- Mendes. R. M. N. (2008) História dos Conceitos de Saúde e de doença. *Revista Nursing*, 8, 8-18.
- Meneses, R. F; Ribeiro, J. P. & Silva, A. M. (2002) Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida de adultos com epilepsia. Facilidades na abordagem do tema. *Revista Psicologia, Saúde & Doença*, 3 (2), 119-139.
- Miguel, J. P. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Consultado a 3 de Novembro de 2010, em: <http://www.insa.pt> retirado a 3/11/2010.
- Minayo, M. C. S; Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2009). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciência e Saúde Colectiva*, 5,1 7-18.

- Miranda, L.C; (2009). *Portal Doenças reumático*. Consultado a de Março de 2011, em: <http://www.pdr.pt/Noticias/-Doencas-reumaticas-atingem-5-9-dos-trabalhadores-portugueses.aspx>.
- Nunes, R. & Rego, G. (2002). *Prioridades na Saúde* (2ª. Ed.). Lisboa: Editora McGraw-hill.
- Oliveira, D. G. F. (2009). *Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses*. Dissertação de Mestrado em Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa.
- Oliveira, A. & Pimentel, F. L. (2008). Qualidade de vida dos doentes oncológicos, avaliada pelo próprio e pelo cuidador. *Revista Acta Médica Portugal*. 21, 125-134.
- Oliveira, R.& Orsini, M. (2009). Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Revista Neurociência*, 17, 255-262.
- Omonte, I. R. V. (2007). *Avaliação da qualidade de vida pelos Instrumentos sf-36 e perfil de saúde de Nottingham em pacientes submetidos à Operação de capella por via Laparotômica*. Dissertação de Mestrado da Universidade Belo Horizonte.
- Ordem dos enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 1-11.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Cuidados Inovadores para Condições Crónicas. Componentes estruturais de acção. Relatório mundial*. Consultado a 1 de Março de 2011, em: [http:// www.who.int/chronic-conditions/en..](http://www.who.int/chronic-conditions/en..)
- Pacheco, S. & Cunha, S. (2006). A educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: o Papel do Enfermeiro. *Revista Nursing*, 6, 19-22.
- Pimenta, F.A.P.; Simil, F; Ftôrres, H.O. G; Amaral, C.F.S.; Rezende, C. F.; Coelho, T. O. & Rezende, N. A. (2008). Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário Sf-36. *Revista Associação Medicina Brasileira*; 54. 55-60
- Pimentel, F. L. (2003). *Qualidade de vida do doente oncológico*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Pina e Brito, C. (2009). Resultados Preliminares do Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal (PREVADIAB-2009), *Revista Portuguesa de Diabetes*, 4 (2), 88-90.

- Pires, M.J. (2009). *Factores de risco da doença coronária e qualidade de vida. Estudo exploratório no concelho de Odívetas*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta.
- Portugal. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1985). *As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde (1999). *Despacho do Ministério da Saúde n.º 19 064/99, de 9 de Setembro (DR, 2.ª série, n.º 233, de 6 de Outubro de 1999)*. Consultado a 1 de Setembro 2010. www.dgsaude.pt
- Portugal. Ministério da Saúde (2003) consultado a 20 de Setembro de 2010, em: <http://www.dgsaude.pt>
- Registo da população inscrita nos clínicos gerais do ACES (2009). Divisão de apoio técnico.
- Reis, M (2002). *Saúde e desenvolvimento do Individuo da Comunidade*. Consultado a 1 de Março de 2011, em: http://www.terravista.pt/Bilene/l_032/Saudeenvolvimento., p.1-9.
- Reis, J. & Fradique, F. (2004). Significações leigas de saúde e de doença em adultos. *Revista Análise Psicológica*, 3, 475-485.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis/Livpsic.
- Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia da Investigação em psicologia e Saúde*. 3.ª ed. Porto: Legis/livpsic.
- Rosendo, I; Fonseca, G; Guedes, A.R. & Martins, V. (2009). Caracterização dos fumadores e factores que influenciam a motivação para a cessação tabágica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15, 5, 783-802.
- Sampaio, A, C, L. (2007). *Benefícios da caminhada na qualidade de vida dos adultos*. Dissertação de licenciatura apresentada na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Santos, G.M.M. (2009). *Satisfação e Qualidade: A visão dos utentes de uma Unidade de Reabilitação respiratória*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Santana, P. (1995). *Acessibilidade e utilização dos cuidados de saúde: ensaio metodológico em geografia da saúde*. Coimbra: Comissão de Coordenação da Região Centro. Administração Regional de Saúde do Centro.

- Santana, P. & Vaz, A. (1999). *Os serviços de saúde e as mulheres*. In. Direcção-Geral da Saúde (ed.) — A saúde da mulher em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L.C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 20, 580-588.
- Severo, M; Santos, A.C.; Lopes, C. & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do Mos SF-36. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 19, 281-288.
- Silqueira, S.M.F. (2005). *O questionário SF 36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Publica da Universidade de Ribeirão Preto.
- Silva, H. & Coutinho, L. (2000). E para si, o que é a saúde? Contributos para a construção de um instrumento. *Revista Nursing*, 140, 36-40.
- Silva, I. & Branco, J. C. (2009). *Incapacidade nas Doenças Reumáticas e as suas repercussões económicas e laborais. Conferencia, saúde e Produtividade*. Consultado a 2 de Fevereiro de 2011, em: [http://www.aese.pt/Images/content/AESE%20Saude%20e%20%20produtividade%20-%20Incapacidade%20nas%20Doencas.pdf](http://www.aese.pt/Images/content/AESE%20Saude%20e%20produtividade%20-%20Incapacidade%20nas%20Doencas.pdf).
- Silva, I.M. S. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Dissertação de Doutoramento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Silva, I; Ribeiro, J. P.; Cardos, R. & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise psicológica*. 2, 185-194.
- Silva, N. M. S. (2003). *Cálculo dos Índices de Actividade Física na Região Autónoma da Madeira: Funchal - restantes Concelhos*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto na área de Recreação e Lazer. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.
- Tavares, J. P. A. & Nunes, L. N. V. (2007). Comportamento de Saúde e de Evitamento do risco em Operários Fabris. *Revista Referência*, 5, 23-35.
- Teixeira, A. C. P; Fonseca, A. R. & Maximo, I. M. N. (2002). Inventário SF36: avaliação da qualidade de vida dos alunos do Curso de Psicologia do Centro UNISAL – U.E. de Lorena (SP). *Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 3, 16-27.
- Trentini, M; Corradi, E.M.; Arardi, M.A.R. & Tigrino, F.C. (2004). Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos sociais e

emocionais. *Revista Científica de América Latina Y el Caribe, Espana Y Portugal*.13, 74-82.

Veigas, J. & Gonçalves, M. (2009). A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress. *Revista de psicologia*. Consultado a 1 Março de 2011, em: <http://www.psicologia.com.pt>.

Vinhas, J. (2007). Doença renal crónica é problema de saúde pública *Revista de saúde pública*, 53, 03 p. 16-20. Consultado a 28 Fevereiro de 2011, em: <http://www.jasfarma.pt/artigo.php?artigo=12&numero=57&publicacao=sp>.

Vintém, J. M. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Saúde Publica* 6, 2, 5-18.

ANEXOS

ANEXO I

PEDIDO AUTORIZAÇÃO APLICAÇÃO FORMULÁRIO

Ex.^a. Senhor

Director Executivo do ACES Trás-os-Montes I - Nordeste

Assunto: Aplicação de Formulário

Sou alunas a frequentar o Mestrado em Gestão das Organizações Ramo de Unidades de Saúde venho por este meio solicitar a V. Exa., se digne autorizar a aplicação de um formulário aos utentes maiores de 18 Anos que frequentem os Centros de Saúde, no mês de Junho, a fim de realizar o trabalho de investigação da Dissertação de Mestrado com o tema “*Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I - Nordeste*”

Com os melhores cumprimentos

Em anexo: O Formulário a aplicar

A aluna:

Maria Isabel Fernandes Praça

ANEXO II

FORMULÁRIO

ANEXO III

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Distribuição dos inquiridos em relação a escolaridade dos utentes em função do Centro de Saúde

CS	Escolaridade										Média Ordens
	NSLNE		SLEE		E.Básico		E.SEC.		E.SUP.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
AF	1	1,7%	21	35,6%	14	23,7%	12	20,3%	11	18,6%	442,56
BG	13	5,2%	17	6,9%	87	35,1%	77	31,0%	54	21,8%	553,52
CA	6	7,1%	11	12,9%	24	28,2%	21	24,7%	23	27,1%	545,99
FC	7	11,7%	10	16,7%	39	48,3%	8	13,3%	6	10,0%	376,25
MC	9	8,6%	16	15,2%	24	22,9%	26	24,8%	30	28,6%	545,82
MD	2	3,1%	5	7,7%	16	24,6%	22	33,8%	20	30,8%	624,94
ML	4	3,3%	7	5,8%	35	28,9%	38	31,4%	37	30,6%	619,11
MG	2	2,9%	3	4,3%	21	30,0%	24	34,3%	20	28,6%	620,96
TM	1	1,4%	5	6,8%	29	39,2%	21	28,4%	18	24,3%	572,99
VF	11	17,5%	2	3,2%	20	31,7%	20	31,7%	10	15,9%	488,84
VC	0	0,0%	2	3,4%	25	42,4%	23	39,0%	9	15,3%	563,25
VM	1	2,4%	0	0,0%	12	28,6%	12	28,6%	17	40,5%	688,48
VN	4	6,7%	4	6,7%	19	31,7%	19	31,7%	14	23,3%	561,52
Total	61	5,5%	103	9,3%	355	32,0%	323	29,1%	269	24,2%	-----

Teste de K-W: $\chi^2=50,809$; g.l.=12; $p<0,001$ ***

ANEXO IV

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA

Problemas de Saúde

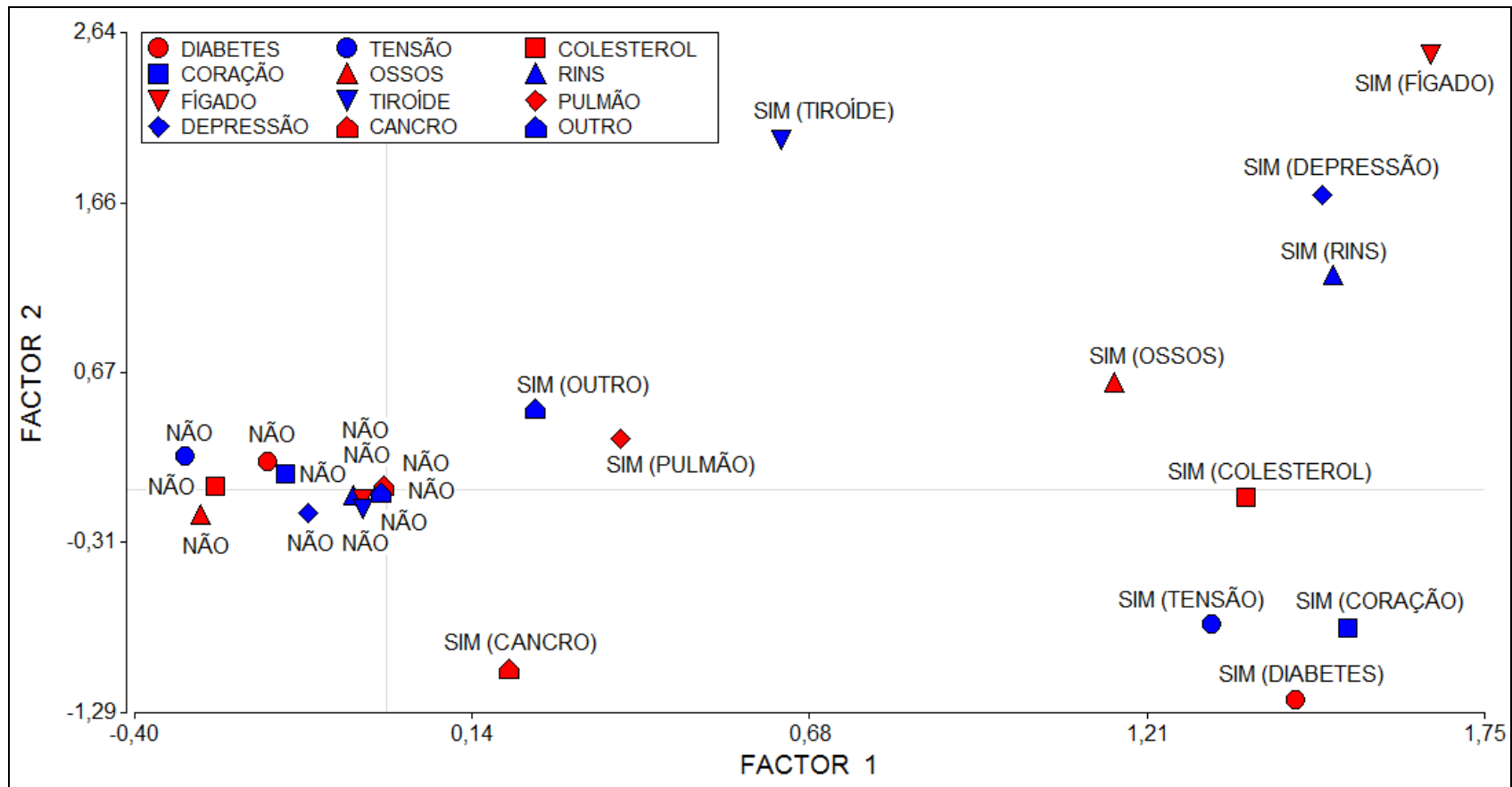
Frequência da existência de problemas de diabetes, tensão arterial, colesterol, coração, ósteo-articulares e rins em função do Centro de Saúde

CS	Problemas de saúde											
	Diabetes		Tensão		Colesterol		Coração		Osseo*		Rins	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AF	4	6,8%	6	10,2%	8	13,6%	2	3,4%	7	11,9%	1	1,7%
BG	16	6,5%	51	20,6%	43	17,3%	26	10,5%	62	25,0%	7	2,8%
CA	12	14,1%	18	21,2%	17	20,0%	14	16,5%	22	25,9%	2	2,4%
FC	13	21,7%	17	28,3%	12	20,0%	3	5,0%	13	21,7%	5	8,3%
MC	13	12,4%	25	23,8%	24	22,9%	7	6,7%	25	23,8%	1	1,0%
MD	3	4,6%	4	6,2%	7	10,8%	3	4,6%	10	15,4%	3	4,6%
ML	14	11,6%	24	19,8%	14	11,6%	10	8,3%	18	14,9%	2	1,7%
MG	5	7,1%	7	10,0%	14	20,0%	10	14,3%	13	18,6%	5	7,1%
TM	10	13,5%	17	23,0%	14	18,9%	8	10,8%	11	14,9%	5	6,8%
VF	14	22,2%	15	23,8%	5	7,9%	7	11,1%	17	27,0%	0	0,0%
VC	15	25,4%	12	20,3%	9	15,3%	7	11,9%	11	18,6%	3	5,1%
VM	4	9,5%	7	16,7%	3	7,1%	0	0,0%	4	9,5%	0	0,0%
VN	4	6,7%	14	23,3%	14	23,3%	8	13,3%	12	20,0%	3	5,3%
Total	127	11,4%	217	19,5%	184	16,6%	105	9,5%	225	20,3%	37	3,3%
Teste de χ^2	$\chi^2=38,968$		$\chi^2=21,326$		$\chi^2=17,553$		$\chi^2=20,168$		$\chi^2=16,026$		$\chi^2=19,401$	
	g.l.=12;		g.l.=12;		g.l.=12;		g.l.=12;		g.l.=12;		g.l.=12;	
	p<0,001		p=0,046		p=0,130		p=0,064		p=0,115		p=0,079	

Frequências da existência de problemas de fígado, tiróide, pulmão, depressão, cancro e outros problemas em função do Centro de Saúde

CS	Problemas de saúde											
	Fígado		Tiroide		Pulmão		Depressão		Cancro		Outro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AF	1	1,7%	4	6,8%	0	0,0%	3	5,1%	2	3,4%	2	3,4%
BG	5	2,0%	17	6,9%	9	3,6%	26	10,5%	7	2,8%	11	4,4%
CA	1	1,2%	5	5,9%	1	1,2%	5	5,9%	3	3,5%	3	3,5%
FC	4	6,7%	1	1,7%	2	3,3%	8	13,3%	1	1,7%	2	3,3%
MC	3	2,9%	3	2,9%	4	3,8%	8	7,6%	1	1,0%	6	5,7%
MD	0	0,0%	2	3,1%	1	1,5%	1	1,5%	1	1,5%	0	0,0%
ML	1	0,8%	9	7,4%	2	1,7%	10	8,3%	1	0,8%	6	5,0%
MG	1	1,4%	3	4,3%	3	4,3%	2	2,9%	3	4,3%	2	2,9%
TM	4	5,4%	3	4,1%	2	2,7%	6	8,1%	1	1,4%	3	4,1%
VF	0	0,0%	2	3,2%	1	1,6%	6	9,5%	3	4,8%	1	1,6%
VC	3	5,1%	7	11,9%	0	0,0%	6	10,2%	0	0,0%	1	1,7%
VM	1	2,4%	2	4,8%	0	0,0%	2	4,8%	0	0,0%	1	2,4%
VN	0	0,0%	3	5,0%	1	1,7%	2	3,3%	0	0,0%	0	0,0%
Total	24	2,2%	61	5,5%	26	2,3%	85	7,7%	23	2,1%	38	3,4%
Teste de χ^2	$\chi^2=17,911$		$\chi^2=11,643$		$\chi^2=9,301$		$\chi^2=15,207$		$\chi^2=11,340$		$\chi^2=9,212$	
	g.l.=12;		g.l.=12;		g.l.=12;		g.l.=12;		g.l.=12;		g.l.=12;	
	p=0,115		p=0,473		p=0,686		p=0,237		p=0,491		p=0,687	

Análise de Correspondências Múltiplas entre os problemas de diabetes, tensão, colesterol, coração, osteo-articulares, rins, fígado, tiróide, pulmão, depressão, cancro e outros problemas



Ingestão de bebidas alcoólicas

Distribuição dos inquiridos segundo a ingestão de bebidas alcoólicas em função do Centro de Saúde

CS	Frequência de consumo										Média Ordens
	CE		<1X/S		FS		QTD		TD		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
AF	5	29,4%	0	0,0%	5	29,4%	4	23,5%	3	17,6%	175,15
BG	31	47,0%	2	4,5%	7	10,6%	14	21,2%	11	16,7%	152,89
CA	13	50,0%	1	3,8%	2	7,7%	5	19,2%	5	19,2%	151,42
FC	3	42,9%	1	14,3%	1	14,3%	2	28,6%	0	0,0%	141,57
MC	20	54,3%	3	8,6%	3	8,6%	5	14,3%	5	14,3%	138,20
MD	13	57,1%	0	0,0%	2	9,5%	4	19,0%	3	14,3%	139,86
ML	11	44,0%	3	12,0%	1	4,0%	3	12,0%	7	28,0%	160,76
MG	10	47,6%	2	9,5%	4	19,0%	3	14,3%	2	9,5%	140,38
TM	12	50,0%	2	8,3%	5	20,8%	4	16,7%	1	4,2%	134,00
VF	5	33,3%	0	0,0%	3	20,0%	5	33,3%	2	13,3%	171,37
VC	5	35,7%	2	14,3%	3	21,4%	3	21,4%	1	7,1%	152,89
VM	4	36,4%	0	0,0%	0	0,0%	3	27,3%	4	36,4%	188,00
VN	10	58,8%	1	5,9%	3	17,6%	2	11,8%	1	5,9%	124,56
Total	142	46,8%	18	6,0%	39	13,0%	57	19,1%	45	15,1%	-----

Teste de K-W: $\chi^2=9,637$; g.l.=12; p=0,648

ANEXO V

PERCEÇÃO DA QUALIDADE E VIDA EM FUNÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE PROVINIÊNCIA

Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao Centro de Saúde de proveniência dos inquiridos

Dimensões	AF (n=59)	BG (n=248)	CA (n=85)	FC (n=60)	MC (n=105)	MD (n=65)	MR (n=121)	MG (n=70)	TM (n=74)	VF (n=63)	VC (n=59)	VM (n=42)	VN (n=60)	Test e KW p
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	
FF	78,7 ± 24,2	75,3 ± 26,7	75,6 ± 25,6	67,9 ± 28,6	70,8 ± 32,3	81,8 ± 23,8	79,4 ± 28,5	70,6 ± 29,2	77,4 ± 30,4	63,7 ± 28,7	76,4 ± 26,8	81,9 ± 23,1	73,5 ± 29,7	0,001
DF	69,9 ± 25,6	69,0 ± 29,7	71,6 ± 28,9	63,2 ± 23,9	68,4 ± 31,8	78,5 ± 26,8	72,5 ± 28,4	64,4 ± 31,1	73,1 ± 29,4	63,7 ± 27,1	73,9 ± 30,2	81,9 ± 23,6	70,3 ± 27,8	0,002
DR	66,9 ± 27,9	67,2 ± 27,0	67,5 ± 26,0	59,6 ± 26,9	67,4 ± 28,8	76,6 ± 22,7	65,8 ± 28,0	67,1 ± 28,2	72,4 ± 25,1	66,4 ± 25,6	73,5 ± 51,9	80,3 ± 19,5	74,7 ± 25,2	0,003
SG	50,6 ± 21,1	56,0 ± 21,0	53,2 ± 19,5	48,7 ± 22,3	55,4 ± 20,6	61,6 ± 19,6	56,9 ± 22,0	55,4 ± 21,5	55,2 ± 18,5	44,8 ± 28,6	51,9 ± 20,7	63,8 ± 20,2	56,9 ± 19,4	0,001
VT	56,4 ± 21,9	55,6 ± 20,7	53,8 ± 19,5	51,9 ± 23,7	54,2 ± 22,0	59,4 ± 21,2	53,3 ± 20,4	56,1 ± 22,9	55,3 ± 21,2	45,3 ± 23,8	54,0 ± 23,3	66,3 ± 23,3	57,9 ± 21,6	0,002
FS	70,2 ± 23,0	70,9 ± 22,4	68,8 ± 24,1	66,4 ± 24,2	70,1 ± 22,0	73,0 ± 25,7	71,0 ± 24,7	69,6 ± 24,8	73,7 ± 20,2	67,3 ± 22,3	75,8 ± 22,6	81,4 ± 22,2	67,3 ± 22,3	0,067
DE	70,8 ± 23,2	69,8 ± 28,3	70,7 ± 28,0	64,3 ± 23,4	71,9 ± 29,2	79,5 ± 24,1	74,5 ± 27,2	67,0 ± 30,6	75,8 ± 24,3	65,2 ± 25,5	73,3 ± 27,5	79,6 ± 25,6	72,2 ± 21,9	0,005
SM	62,1 ± 21,6	63,6 ± 21,3	62,7 ± 19,6	56,1 ± 22,5	62,4 ± 24,3	68,5 ± 18,9	64,3 ± 22,0	63,7 ± 20,5	66,6 ± 17,0	55,2 ± 20,7	63,6 ± 27,4	75,2 ± 18,3	65,0 ± 21,0	0,001
CF	66,6 ± 21,8	66,9 ± 22,0	67,0 ± 22,0	59,8 ± 20,3	65,5 ± 24,3	74,6 ± 19,1	68,6 ± 21,9	64,4 ± 22,9	69,5 ± 20,7	59,6 ± 24,0	68,9 ± 22,3	77,0 ± 18,6	68,9 ± 21,3	0,001
CM	64,9 ± 19,4	65,0 ± 19,2	64,0 ± 19,7	59,7 ± 19,2	64,6 ± 20,2	70,1 ± 18,6	65,8 ± 19,9	64,1 ± 21,6	67,8 ± 15,9	58,3 ± 19,8	66,7 ± 22,5	75,6 ± 19,7	67,6 ± 19,0	0,001

ANEXO VI

PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DA IDADE

Percepção da qualidade de vida em função da idade

Teste de Scheffé- Correspondência da idade em função do índice de qualidade de vida

Idade	Mean Diffe.	Sig	Idade	Mean diffe.	Sig	Idade	Mean diffe.	Sig	Idade	Mean diffe.	Sig
25-34	2,64616	0,974	<24	-2,64616	0,974	<24	-6,86443	0,131	<24	-10,17487*	0,002
35-44	6,86443	0,131	35-44	4,21827	0,423	25-34	-4,21827	0,423	25-34	-7,52871*	0,006
45-54	10,17487*	0,002	45-54	7,52871*	0,006	45-54	3,31044	0,816	35-44	-3,31044	0,816
55-64	17,29198*	0,000	25-34 Anos	14,64583*	0,000	55-64	10,42756*	0,000	45-54 Anos	7,11712	0,067
65-74	25,45858*	0,000	65-74	22,81242*	0,000	35-44 Anos	18,59415*	0,000	65-74	15,28371*	0,000
75-84	32,00194*	0,000	75-84	29,35578*	0,000	75-84	25,13751*	0,000	75-84	21,82707*	0,000
85>	30,21338*	0,000	85>	27,56723*	0,000	85>	23,34896*	0,000	85>	20,03852*	0,003
<24	-17,29198*	0,000	<24	-25,45858*	0,000	<24	-32,00194*	0,000	<24	-30,21338*	0,000
25-34	-14,64583*	0,000	25-34	-22,81242*	0,000	25-34	-29,35578*	0,000	25-34	-27,56723*	0,000
35-44	-10,42756*	0,000	35-44	-18,59415*	0,000	35-44	-25,13751*	0,000	35-44	-23,34896*	0,000
45-54	-7,11712	0,067	65-74 Anos	-15,28371*	0,000	75-84 Anos	-21,82707*	0,000	≥85 Anos	-20,03852*	0,003
65-74	8,16659*	0,033	55-64	-8,16659*	0,033	55-64	-14,70995*	,000	55-64	-12,92140	0,267
75-84	14,70995*	0,000	75-84	6,54336	0,268	65-74	-6,54336	,268	65-74	-4,75481	0,991
85>	12,92140	0,267	85>	4,75481	0,991	85>	-1,78855	1,000	75-84	1,78855	1,000

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação à idade, por dimensões

Dimensões	< 24 anos (n= 99)	25-34 anos (n=238)	35-44 anos (n=216)	45-54 anos (n=172)	55-64 anos (n=132)	65-74anos (n=130)	75-84 anos (n=107)	>85 anos (n= 17)	Teste Anova	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	<i>F</i>	<i>p</i>
FF	92,2 ± 12,8	89,5 ± 16,3	86,2 ± 17,9	79,5 ± 23,3	67,8 ± 27,9	52,9 ± 25,5	38,6 ± 27,2	31,5 ± 26,3	108,540	0,000
DF	86,4 ± 21,1	83,1 ± 23,1	78,7 ± 23,7	74,1 ± 26,0	62,3 ± 31,0	51,1 ± 22,7	42,6 ± 26,7	37,5 ± 28,7	54,837	0,000
DR	85,5 ± 19,4	78,1 ± 23,6	72,1 ± 23,4	70,7 ± 25,5	61,2 ± 27,3	55,9 ± 26,1	50,1 ± 26,3	51,4 ± 27,6	29,038	0,000
SG	70,1 ± 16,8	65,7 ± 17,1	60,9 ± 17,4	54,4 ± 19,4	46,8 ± 19,2	40,2 ± 19,2	34,9 ± 19,7	42,9 ± 22,0	59,702	0,000
VT	64,9 ± 19,0	62,0 ± 19,5	58,7 ± 18,0	57,5 ± 22,4	52,4 ± 22,2	44,7 ± 19,9	37,0 ± 21,1	40,2 ± 19,5	27,353	0,000
FS	74,5 ± 24,5	76,0 ± 22,3	73,4 ± 21,1	71,1 ± 23,1	69,8 ± 24,7	65,8 ± 21,8	61,5 ± 23,7	67,1 ± 22,0	6,076	0,000
DE	82,8 ± 22,0	82,2 ± 23,7	75,6 ± 23,4	75,1 ± 25,2	65,8 ± 30,3	56,8 ± 25,1	53,0 ± 27,2	55,4 ± 29,9	26,711	0,000
SM	70,2 ± 17,7	68,9 ± 20,5	66,2 ± 19,2	62,9 ± 22,7	62,3 ± 22,1	55,7 ± 22,7	52,9 ± 20,2	59,1 ± 18,0	11,023	0,000
CF	83,6 ± 11,7	79,1 ± 15,4	74,5 ± 15,4	69,7 ± 19,7	59,5 ± 22,6	50,0 ± 17,8	41,6 ± 19,0	40,8 ± 22,7	92,772	0,000
CM	73,1 ± 14,7	72,3 ± 17,8	68,5 ± 16,5	66,7 ± 20,8	62,9 ± 21,7	55,8 ± 19,0	51,1 ± 18,5	55,4 ± 15,5	23,424	0,000

Comparação das idades em função das dimensões do SF-36 v2

Teste de Scheffé – Comparação das idades em função das dimensões do SF-36 v2

Estado civil	FF		DF		DR		SG		VT		FS		DE		SM		CF		CM		
	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	
< 24 anos	25-34	2,68441	0,993	3,39402	0,989	7,41771	0,501	4,37162	0,783	2,86279	0,985	-1,46295	1,000	0,65771	1,000	1,24395	1,000	4,46694	0,721	0,82538	1,000
	35-44	5,99537	0,633	7,71759	0,484	13,44276 [*]	0,005	9,24537 [*]	0,016	6,18729	0,498	1,13342	1,000	7,26894	0,583	3,92466	0,933	9,10027 [*]	0,012	4,62858	0,750
	45-54	12,74548 [*]	0,003	12,34561 [*]	0,032	14,85512 [*]	0,002	15,66925 [*]	0,000	7,31789	0,312	3,43499	0,985	7,78606	0,541	7,244540	0,368	13,90386 [*]	0,000	6,44587	0,366
	55-64	24,45707 [*]	0,000	24,18687 [*]	0,000	24,36869 [*]	0,000	23,27020 [*]	0,000	12,43434 [*]	0,003	4,76515	0,929	17,05051 [*]	0,001	7,803030	0,337	24,07071 [*]	0,000	10,51326 [*]	0,011
	65-74	39,29915 [*]	0,000	35,37521 [*]	0,000	29,68151 [*]	0,000	29,95726 [*]	0,000	20,11243 [*]	0,000	8,77622	0,305	26,04608 [*]	0,000	14,42075 [*]	0,000	33,57828 [*]	0,000	17,33887 [*]	0,000
	75-84	53,67082 [*]	0,000	43,82762 [*]	0,000	35,39517 [*]	0,000	35,20457 [*]	0,000	27,82120 [*]	0,000	13,03144 [*]	0,019	29,81035 [*]	0,000	17,25432 [*]	0,000	42,02454 [*]	0,000	21,97933 [*]	0,000
	≥ 85	60,75163 [*]	0,000	48,91503 [*]	0,000	34,18241 [*]	0,000	27,22876 [*]	0,000	24,68212 [*]	0,003	7,48663	0,980	27,42662 [*]	0,017	11,03387	0,770	42,76946 [*]	0,000	17,65731	0,068
25-34 Anos	≤24	-2,68441	0,993	-3,39402	0,989	-7,41771	0,501	-4,37162	0,783	-2,86279	0,985	1,46295	1,000	0,-65771	1,000	-1,24395	1,000	-4,46694	0,721	-0,82538	1,000
	35-44	3,31096	0,915	4,32357	0,846	6,02505	0,453	4,87376	0,334	3,32450	0,878	2,59637	0,983	6,61123	0,353	2,68071	0,966	4,63334	0,348	3,80320	0,685
	45-54	10,06107 [*]	0,003	8,95158	0,077	7,43741	0,246	11,29764 [*]	0,000	4,45510	0,677	4,89794	0,707	7,12835	0,336	6,00059	0,307	9,43693 [*]	0,000	5,62049	0,238
	55-64	21,77266 [*]	0,000	20,79284 [*]	0,000	16,95098 [*]	0,000	18,89859 [*]	0,000	9,57156 [*]	0,008	6,22810	0,501	16,39279 [*]	0,000	6,55908	0,296	19,60377 [*]	0,000	9,68788 [*]	0,002
	65-74	36,61474 [*]	0,000	31,98119 [*]	0,000	22,26380 [*]	0,000	25,58565 [*]	0,000	17,24964 [*]	0,000	10,23917 [*]	0,018	25,38836 [*]	0,000	13,17679 [*]	0,000	29,11134 [*]	0,000	16,51349 [*]	0,000
	75-84	50,98641 [*]	0,000	40,43360 [*]	0,000	27,97746 [*]	0,000	30,83295 [*]	0,000	24,95842 [*]	0,000	14,49438 [*]	0,000	29,15263 [*]	0,000	16,01037 [*]	0,000	37,55761 [*]	0,000	21,15395 [*]	0,000
≥ 85	58,06723 [*]	0,000	45,52101 [*]	0,000	26,76471 [*]	0,009	22,85714 [*]	0,001	21,81933 [*]	0,010	8,94958	0,931	26,76891 [*]	0,013	9,78992	0,833	38,30252 [*]	0,000	16,83193	0,070	
35-44 anos	≤24	-5,99537	0,633	-7,71759	0,484	-13,44276 [*]	0,005	-9,24537 [*]	0,016	-6,18729	0,498	-1,13342	1,000	-7,26894	0,583	-3,92466	0,933	-9,10027 [*]	0,012	-4,62858	0,750
	25-34	-3,31096	0,915	-4,32357	0,846	-6,02505	0,453	-4,87376	0,334	-3,32450	0,878	-2,59637	0,983	-6,61123	0,353	-2,68071	0,966	-4,63334	0,348	-3,80320	0,685
	45-54	6,75011	0,230	4,62801	0,857	1,41236	1,000	6,42388	0,111	1,13060	1,000	2,30157	0,995	0,51712	1,000	3,31988	0,931	4,80359	0,416	1,81729	0,996

	55-64	18,46170 ⁺	0,000	16,46928 ⁺	0,000	10,92593 ⁺	0,025	14,02483 ⁺	0,000	6,24705	0,348	3,63173	0,955	9,78157	0,092	3,87837	0,898	14,97043 ⁺	0,000	5,88468	0,308
	65-74	33,30377 ⁺	0,000	27,65762 ⁺	0,000	16,23875 ⁺	0,000	20,71189 ⁺	0,000	13,92514 ⁺	0,000	7,64281	0,245	18,77714 ⁺	0,000	10,49608 ⁺	0,005	24,47801 ⁺	0,000	12,71029 ⁺	0,000
	75-84	47,67545 ⁺	0,000	36,11003 ⁺	0,000	21,95241 ⁺	0,000	25,95920 ⁺	0,000	21,63391 ⁺	0,000	11,89802 ⁺	0,007	22,54141 ⁺	0,000	13,32966 ⁺	0,000	32,92427 ⁺	0,000	17,35075 ⁺	0,000
	≥ 85	54,75626 ⁺	0,000	41,19744 ⁺	0,000	20,73965	0,132	17,98339 ⁺	0,035	18,49483	0,068	6,35321	0,990	20,15768	0,186	7,10920	0,968	33,66919 ⁺	0,000	13,02873	0,349
45-54 anos.	≤24	-12,74548 ⁺	0,003	-12,34561 ⁺	0,032	-14,85512 ⁺	0,002	-15,66925 ⁺	0,000	-7,31789	0,312	-3,43499	0,985	-7,78606	0,541	-7,24454	0,368	-13,90386 ⁺	0,000	-6,44587	0,366
	25-34	-10,06107 ⁺	0,003	-8,95158	0,077	-7,43741	0,246	-11,29764 ⁺	0,000	-4,45510	0,677	-4,89794	0,707	-7,12835	0,336	-6,00059	0,307	-9,43693 ⁺	0,000	-5,62049	0,238
	35-44	-6,75011	0,230	-4,62801	0,857	-1,41236	1,000	-6,42388	0,111	-1,13060	1,000	-2,30157	0,995	0,-51712	1,000	-3,31988	0,931	-4,80359	0,416	-1,81729	0,996
	55-64	11,71159 ⁺	0,003	11,84126 ⁺	0,019	9,51357	0,134	7,60095	0,078	5,11646	0,685	1,33016	1,000	9,26445	0,185	0,55849	1,000	10,16684 ⁺	0,001	4,06739	0,823
	65-74	26,55367 ⁺	0,000	23,02961 ⁺	0,000	14,82639 ⁺	0,000	14,28801 ⁺	0,000	12,79454 ⁺	0,000	5,34123	0,772	18,26002 ⁺	0,000	7,17621	0,267	19,67442 ⁺	0,000	10,89300 ⁺	0,001
	75-84	40,92534 ⁺	0,000	31,48201 ⁺	0,000	20,54005 ⁺	0,000	19,53532 ⁺	0,000	20,50331 ⁺	0,000	9,59645	0,112	22,02429 ⁺	0,000	10,00978 ⁺	0,033	28,12068 ⁺	0,000	15,53346 ⁺	0,000
	≥ 85	48,00616 ⁺	0,000	36,56943 ⁺	0,000	19,32729	0,218	11,55951	0,524	17,36423	0,122	4,05164	0,999	19,64056	0,227	3,78933	0,999	28,86560 ⁺	0,000	11,21144	0,577
55-64 Anos	≤24	-24,45707 ⁺	0,000	-24,18687 ⁺	0,000	-24,36869 ⁺	0,000	-23,27020 ⁺	0,000	-12,43434 ⁺	0,003	-4,76515	0,929	-17,05051 ⁺	0,001	-7,80303	0,337	-24,07071 ⁺	0,000	-10,51326 ⁺	0,011
	25-34	-21,77266 ⁺	0,000	-20,79284 ⁺	0,000	-16,95098 ⁺	0,000	-18,89859 ⁺	0,000	-9,57156 ⁺	0,008	-6,22810	0,501	-16,39279 ⁺	0,000	-6,55908	0,296	-19,60377 ⁺	0,000	-9,68788 ⁺	0,002
	35-44	-18,46170 ⁺	0,000	-16,46928 ⁺	0,000	-10,92593 ⁺	0,025	-14,02483 ⁺	0,000	-6,24705	0,348	-3,63173	0,955	-9,78157	0,092	-3,87837	0,898	-14,97043 ⁺	0,000	-5,88468	0,308
	45-54	-11,71159 ⁺	0,003	-11,84126 ⁺	0,019	-9,51357	0,134	-7,60095	0,078	-5,11646	0,685	-1,33016	1,000	-9,26445	0,185	0,-55849	1,000	-10,16684 ⁺	0,001	-4,06739	0,823
	65-74	14,84207 ⁺	0,000	11,18834	0,069	5,31282	0,880	6,68706	0,276	7,67809	0,222	4,01107	0,958	8,99557	0,305	6,61772	0,469	9,50758 ⁺	0,008	6,82561	0,259
	75-84	29,21375 ⁺	0,000	19,64075 ⁺	0,000	11,02648	0,107	11,93437 ⁺	0,001	15,38686 ⁺	0,000	8,26628	0,354	12,75984 ⁺	0,035	9,45129	0,095	17,95384 ⁺	0,000	11,46607 ⁺	0,002
	≥ 85	36,29456 ⁺	0,000	24,72816 ⁺	0,040	9,81373	0,935	3,95856	0,998	12,24777	0,595	2,72148	1,000	10,37611	0,923	3,23084	1,000	18,69875 ⁺	0,018	7,14405	0,945
65-74 anos	≤24	-39,29915 ⁺	0,000	-35,37521 ⁺	0,000	-29,68151 ⁺	0,000	-29,95726 ⁺	0,000	-20,11243 ⁺	0,000	-8,77622	0,305	-26,04608 ⁺	0,000	-14,42075 ⁺	0,000	-33,57828 ⁺	0,000	-17,33887 ⁺	0,000
	25-34	-36,61474 ⁺	0,000	-31,98119 ⁺	0,000	-22,26380 ⁺	0,000	-25,58565 ⁺	0,000	-17,24964 ⁺	0,000	-10,23917 ⁺	0,018	-25,38836 ⁺	0,000	-13,17679 ⁺	0,000	-29,11134 ⁺	0,000	-16,51349 ⁺	0,000
	35-44	-33,30377 ⁺	0,000	-27,65762 ⁺	0,000	-16,23875 ⁺	0,000	-20,71189 ⁺	0,000	-13,92514 ⁺	0,000	-7,64281	0,245	-18,77714 ⁺	0,000	-10,49608 ⁺	0,005	-24,47801 ⁺	0,000	-12,71029 ⁺	0,000
	45-54	-26,55367 ⁺	0,000	-23,02961 ⁺	0,000	-14,82639 ⁺	0,000	-14,28801 ⁺	0,000	-12,79454 ⁺	0,000	-5,34123	0,772	-18,26002 ⁺	0,000	-7,17621	0,267	-19,67442 ⁺	0,000	-10,89300 ⁺	0,001
	55-64	-14,84207 ⁺	0,000	-11,18834	0,069	-5,31282	0,880	-6,68706	0,276	-7,67809	0,222	-4,01107	0,958	-8,99557	0,305	-6,61772	0,469	-9,50758 ⁺	0,008	-6,82561	0,259

75-84 anos	75-84	14,37168*	0,001	8,45241	0,458	5,71366	0,870	5,24730	0,684	7,70877	0,288	4,25521	0,957	3,76427	0,988	2,83357	0,993	8,44626	0,062	4,64046	0,814
	≥ 85	21,45249*	0,039	13,53982	0,730	4,50090	0,999	-2,72851	1,000	4,56968	0,998	-1,28959	1,000	1,38054	1,000	-3,38688	1,000	9,19118	0,768	0,31844	1,000
	≤24	-53,67082*	0,000	-43,82762*	0,000	-35,39517*	0,000	-35,20457*	0,000	-27,82120*	0,000	-13,03144*	0,019	-29,81035*	0,000	-17,25432*	0,000	-42,02454*	0,000	-21,97933*	0,000
	25-34	-50,98641*	0,000	-40,43360*	0,000	-27,97746*	0,000	-30,83295*	0,000	-24,95842*	0,000	-14,49438*	0,000	-29,15263*	0,000	-16,01037*	0,000	-37,55761*	0,000	-21,15395*	0,000
	35-44	-47,67545*	0,000	-36,11003*	0,000	-21,95241*	0,000	-25,95920*	0,000	-21,63391*	0,000	-11,89802*	0,007	-22,54141*	0,000	-13,32966*	0,000	-32,92427*	0,000	-17,35075*	0,000
	45-54	-40,92534*	0,000	-31,48201*	0,000	-20,54005*	0,000	-19,53532*	0,000	-20,50331*	0,000	-9,59645	0,112	-22,02429*	0,000	-10,00978*	0,033	-28,12068*	0,000	-15,53346*	0,000
	55-64	-29,21375*	0,000	-19,64075*	0,000	-11,02648	0,107	-11,93437*	0,001	-15,38686*	0,000	-8,26628	0,354	-12,75984*	0,035	-9,45129	0,095	-17,95384*	0,000	-11,46607*	0,002
	65-74	-14,37168*	0,001	-8,45241	0,458	-5,71366	0,870	-5,24730	0,684	-7,70877	0,288	-4,25521	0,957	-3,76427	0,988	-2,83357	0,993	-8,44626	0,062	-4,64046	0,814
	≥ 85	7,08081	0,980	5,08741	0,999	-1,21275	1,000	-7,97581	0,905	-3,13909	1,000	-5,54480	0,997	-2,38373	1,000	-6,22045	0,988	0,74491	1,000	-4,32202	0,997
	≥ 85 anos	≤24	-60,75163*	0,000	-48,91503*	0,000	-34,18241*	0,000	-27,22876*	0,000	-24,68212*	0,003	-7,48663	0,980	-27,42662*	0,017	-11,03387	0,770	-42,76946*	0,000	-17,65731
25-34		-58,06723*	0,000	-45,52101*	0,000	-26,76471*	0,009	-22,85714*	0,001	-21,81933*	0,010	-8,94958	0,931	-26,76891*	0,013	-9,78992	0,833	-38,30252*	0,000	-16,83193	0,070
35-44		-54,75626*	0,000	-41,19744*	0,000	-20,73965	0,132	-17,98339*	0,035	-18,49483	0,068	-6,35321	0,990	-20,15768	0,186	-7,10920	0,968	-33,66919*	0,000	-13,02873	0,349
45-54		-48,00616*	0,000	-36,56943*	0,000	-19,32729	0,218	-11,55951	0,524	-17,36423	0,122	-4,05164	0,999	-19,64056	0,227	-3,78933	0,999	-28,86560*	0,000	-11,21144	0,577
55-64		-36,29456*	0,000	-24,72816*	0,040	-9,81373	0,935	-3,95856	0,998	-12,24777	0,595	-2,72148	1,000	-10,37611	0,923	-3,23084	1,000	-18,69875*	0,018	-7,14405	0,945
65-74		-21,45249*	0,039	-13,53982	0,730	-4,50090	0,999	2,72851	1,000	-4,56968	0,998	1,28959	1,000	-1,38054	1,000	3,38688	1,000	-9,19118	0,768	0,31844	1,000
75-84		-7,08081	0,980	-5,08741	0,999	1,21275	1,000	7,97581	0,905	3,13909	1,000	5,54480	0,997	2,38373	1,000	6,22045	0,988	-0,74491	1,000	4,32202	0,997

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ANEXO VII

PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DO ESTADO CIVIL

Teste de scheffe – Percepção da qualidade de vida: SF- 36 v2 em relação ao estado civil por dimensões.

Estado civil	FF		DF		DR		SG		VT		FS		DE		SM		CF		CM		
	Mean Diffe.	s	Mean Diffe.	s	Mean Diffe.	s	Mean Diffe.	s	Mean Diffe.	s	Mean Diffe.	s	Mean Diffe.	s	Mean Diffe.	s	Mean Diffe.	s	Mean Diffe.	s	
Solteiro	Casado	12,938*	0,000	12,860*	0,000	12,768*	0,000	11,270*	0,000	8,692*	0,000	3,751	0,311	9,067*	0,000	5,193*	0,028	12,459*	0,000	6,676*	0,000
	Viúvo	43,649	0,000	32,864*	0,000	31,116*	0,000	28,239*	0,000	24,634*	0,000	16,528*	0,000	26,945*	0,000	17,718*	0,000	33,967*	0,000	21,456*	0,000
	Divorc.	4,945	0,774	10,930	0,110	9,321	0,167	6,135	0,347	5,833	0,435	7,019	0,332	7,924	0,357	9,515*	0,040	7,833	0,129	7,573	0,103
	União F	0,078	1,000	5,432	0,906	3,495	0,974	2,426	0,984	-3,881	0,921	0,098	1,000	0,405	1,000	-7,053	0,553	2,858	0,971	-2,608	0,973
Casado	Solteiro	-12,938*	0,000	-12,860	0,000	-12,768*	0,000	-11,269*	0,000	-8,692*	0,000	-3,751	0,311	-9,067*	0,000	-5,193*	0,028	-12,459*	0,000	-6,676*	0,000
	Viúvo	30,711*	0,000	20,004*	0,000	18,348*	0,000	16,969*	0,000	15,941*	0,000	12,778*	0,000	17,878*	0,000	12,526*	0,000	21,507*	0,000	14,781*	0,000
	Divorc.	-7,99341	0,249	-1,929	0,992	-3,447	0,906	-5,134	0,462	-2,859	0,902	3,268	0,886	-1,143	0,999	4,322	0,664	-4,626	0,578	0,897	0,998
	União F.	-12,860	0,128	-7,428	0,724	-9,273	0,435	-8,843	0,241	-12,574*	0,034	-3,653	0,947	-8,662	0,541	-12,246*	0,044	-9,600	0,174	-9,284	0,144
Viúvo	Solteiro	-43,649*	0,000	-32,864*	0,000	-31,116*	0,000	-28,239*	0,000	-24,634*	0,000	-16,528	0,000	-26,945*	0,000	-17,719*	0,000	-33,967*	0,000	-21,456*	0,000
	Casado	-30,711*	0,000	-20,003*	0,000	-18,348*	0,000	-16,969*	0,000	-15,942*	0,000	-12,777	0,000	-17,878*	0,000	-12,526*	0,000	-21,508*	0,000	-14,781*	0,000
	Divorc.	-38,704*	0,000	-21,933*	0,000	-21,794*	0,000	-22,104*	0,000	-18,801*	0,000	-9,509	0,168	-19,021*	0,001	-8,204	0,222	-26,134*	0,000	-13,884*	0,001
	União F.	-43,570*	0,000	-27,432*	0,000	-27,621*	0,000	-25,812*	0,000	-28,516*	0,000	-16,4298	0,019	-26,540*	0,000	-24,772*	0,000	-31,109*	0,000	-24,064*	0,000
Divorc.	Solteiro	-4,945	0,774	-10,930	0,110	-9,321	0,167	-6,135	0,347	-5,833	0,435	-7,011	0,332	-7,924	0,357	-9,515*	0,040	-7,833	0,129	-7,573	0,103
	Casado	7,993	0,249	1,929	0,992	3,447	0,906	5,134	0,462	2,859	0,902	-3,268	0,886	1,143	0,999	-4,32231	0,664	4,626	0,578	0,897	0,998
	Viúvo	38,704*	0,000	21,933*	0,000	21,795*	0,000	22,103*	0,000	18,801*	0,000	9,509	0,168	19,021*	0,001	8,20362	0,222	26,134*	0,000	13,884*	0,001
	União F.	-4,866	0,949	-5,498	0,939	-5,826	0,902	-3,709	0,954	-9,715	0,360	-6,921	0,763	-7,519	0,802	-16,568*	0,014	-4,975	0,879	-10,180	0,217
União de Facto	Solteiro	0,078	1,000	5,432	0,906	3,495	0,974	2,426	0,984	3,882	0,921	-0,098	1,000	-0,405	1,000	7,053	0,553	-2,858	0,971	2,608	0,973
	Casado	12,860	0,128	7,428	0,724	9,273	0,435	8,843	0,241	12,574*	0,034	3,653	0,947	8,662	0,541	12,246*	0,044	9,601	0,174	9,284	0,144
	Viúvo	43,570	0,000	27,432*	0,000	27,621*	0,000	25,812*	0,000	28,516*	0,000	16,430*	0,019	26,540*	0,000	24,772*	0,000	31,109*	0,000	24,064*	0,000
	Divorc.	4,866	0,949	5,498	0,939	5,826	0,902	3,709	0,954	9,715	0,360	6,921	0,763	7,519	0,802	16,568*	0,014	4,975	0,879	10,181	0,217

ANEXO VIII

PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Teste de Scheffé - Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao número de pessoas do agregado familiar.

Agregado Familiar		Mean Diffe.	Sig	Agregado Familiar		Mean diffe.	Sig
1 Pessoa	2	-1,53229	0,945	2 Pessoas	1	1,53229	0,945
	3	-10,98549*	0,000		3	-9,45320*	0,000
	4	-9,65562*	0,000		4	-8,12333*	0,000
	5	-13,81559*	0,000		5	-12,28330*	0,000
3 Pessoas	1	10,98549*	0,000	4 Pessoas	1	9,65562*	0,000
	2	9,45320*	0,000		2	8,12333*	0,000
	4	1,32987	0,961		3	-1,32987	0,961
	5	-2,83010	0,899		5	-4,15997	0,693
5 Pessoas	1	13,81559*	0,000				
	2	12,28330*	0,000				
	3	2,83010	0,899				
	4	4,15997	0,693				

Teste de Scheffé – Percepção da qualidade de vida: SF- 36 v2 em relação ao agregado familiar por dimensões.

Número pessoas	FF		DF		DR		SG		VT		FS		DE		SM		CF		CM		
	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	
1 pessoa	2 pes.	-4,725	0,455	-0,0758	0,999	-0,530	1,000	-0,018	1,000	-0,784	0,997	-2,146	0,906	-1,970	0,959	-1,329	0,978	-1,508	0,964	-1,557	0,945
	3 pes.	-20,461	0,000	-14,115	0,000	-8,661	0,022	-9,872	0,000	-8,723	0,002	-8,472	0,006	-11,146	0,001	-6,433	0,046	-13,277	0,000	-8,694	0,000
	4 pes.	-18,511	0,000	-13,763	0,000	-7,793	0,069	-9,090	0,001	-7,317	0,021	-5,873	0,163	-9,670	0,011	-5,227	0,199	-12,289	0,000	-7,022	0,011
	5 pes.	-21,992	0,000	-18,591	0,001	-13,135	0,028	-13,424	0,001	-11,664	0,012	-9,015	0,149	-14,340	0,014	-8,363	0,149	-16,786	0,000	-10,846	0,009
2 pessoas	1 pes.	4,725	0,455	0,758	0,999	0,530	1,000	0,018	1,000	0,784	0,997	2,146	0,906	1,970	0,959	1,329	0,978	1,508	0,964	1,557	0,945
	3 pes.	-15,736	0,000	-13,357	0,000	-8,132	0,005	-9,854	0,000	-7,939	0,000	-6,326	0,018	-9,177	0,001	-5,104	0,060	-11,770	0,000	-7,137	0,000
	4 pes.	-13,786	0,000	-13,005	0,000	-7,263	0,029	-9,073	0,000	-6,533	0,010	-3,727	0,438	-7,701	0,019	-3,898	0,310	-10,782	0,000	-5,465	0,024
	5 pes.	-17,268	0,000	-17,833	0,000	-12,606	0,021	-13,407	0,000	-10,880	0,011	-6,869	0,339	-12,371	0,029	-7,034	0,238	-15,278	0,000	-9,289	0,021
3 pessoas	1 pes.	20,461	0,000	14,115	0,000	8,661	0,022	9,872	0,000	8,723	0,002	8,471	0,006	11,146	0,001	6,433	0,046	13,277	0,000	8,694	0,000
	2 pes.	15,736	0,000	13,357	0,000	8,132	0,005	9,854	0,000	7,939	0,000	6,326	0,018	9,177	0,001	5,104	0,060	11,770	0,000	7,137	0,000
	4 pes.	1,950	0,953	0,352	1,000	0,868	0,998	0,781	0,996	1,406	0,968	2,599	0,801	1,476	0,983	1,206	0,982	0,988	0,991	1,672	0,917
	5 pes.	-1,531	0,997	-4,476	0,872	-4,474	0,844	-3,553	0,843	-2,940	0,922	-0,543	1,000	-3,194	0,952	-1,930	0,982	-3,508	0,857	-2,152	0,963
4 pessoas	1 pes.	18,511	0,000	13,763	0,000	7,793	0,069	9,090	0,001	7,317	0,021	5,873	0,163	9,670	0,011	5,227	0,199	12,289	0,000	7,022	0,011
	2 pes.	13,786	0,000	13,005	0,000	7,263	0,029	9,073	0,000	6,533	0,010	3,727	0,438	7,701	0,019	3,898	0,310	10,782	0,000	5,465	0,024
	3 pes.	-1,950	0,953	-0,352	1,000	-0,868	0,998	-0,781	0,996	-1,406	0,968	-2,598	0,801	-1,476	0,983	-1,206	0,982	-0,988	0,991	-1,672	0,917
	5 pes.	-3,481	0,938	-4,828	0,845	-5,342	0,748	-4,334	0,731	-4,346	0,747	-3,142	0,927	-4,670	0,838	-3,136	0,906	-4,497	0,716	-3,824	0,767
5 pessoas	1 pes.	21,992	0,000	18,591	0,001	13,135	0,028	13,424	0,001	11,664	0,012	9,015	0,149	14,340	0,014	8,363	0,149	16,786	0,000	10,846	0,009
	2 pes.	17,267	0,000	17,833	0,000	12,606	0,021	13,407	0,000	10,880	0,011	6,869	0,339	12,370	0,029	7,034	0,238	15,278	0,000	9,289	0,021
	3 pes.	1,5312	0,997	4,476	0,872	4,474	0,844	3,552	0,843	2,940	0,922	0,543	1,000	3,194	0,952	1,930	0,982	3,508	0,857	2,152	0,963
	4 pes.	3,481	0,938	4,828	0,845	5,342	0,748	4,334	0,731	4,346	0,747	3,141	0,927	4,670	0,838	3,136	0,906	4,496	0,716	3,824	0,767

ANEXO IX

PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO AO NÍVEL DE INSTRUÇÃO.

Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao nível de instrução.

Escolaridade	Mean	S	Escolaridade	Mean	S		
	Diffe.			diffe.			
NSINE	SLEE	-9,87426 ⁺	0,011	SLEE	NSLEE	9,87426 ⁺	0,011
	E. Básico	-17,61928 ⁺	0,000		E. Básico	-7,74502 ⁺	0,002
	E. Secund.	-30,53727 ⁺	0,000		E. Secund.	-20,66301 ⁺	0,000
	E. Superior	-34,68187 ⁺	0,000		E. Superior	-24,80760 ⁺	0,000
E. Básico	NSLEE	17,61928 ⁺	0,000	E. Secund	NSLEE	30,53727 ⁺	0,000
	SLEE	7,74502 ⁺	0,002		SLEE	20,66301 ⁺	0,000
	E. Secund.	-12,91799 ⁺	0,000		E. Básico	12,91799 ⁺	0,000
	E. Superior	-17,06259 ⁺	0,000		E. Superior	-4,14459	0,067
Ensino Superior	NSLEE	34,68187 ⁺	0,000				
	SLEE	24,80760 ⁺	0,000				
	E. Básico.	17,06259 ⁺	0,000				
	E. Secund.	4,14459	0,067				

Teste de Scheffé – Percepção da qualidade de vida: Sf- 36 v2 em relação ao nível de instrução por dimensões.

Escolaridade		FF		DF		DR		SG		VT		FS		DE		SM		CF		CM	
		Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S
NSLNE	SLEE	-19,373 [*]	0,000	-4,654	0,858	-11,677	0,075	-11,420 [*]	0,006	-13,029 [*]	0,004	-3,583	0,913	-4,825	0,841	-10,43 [*]	0,044	-11,781 [*]	0,003	-7,967	0,123
	E. Básico	-33,233 [*]	0,000	-18,952 [*]	0,000	-16,519 [*]	0,000	-17,551 [*]	0,000	-18,896 [*]	0,000	-8,234	0,135	-14,323 [*]	0,002	-13,245 [*]	0,000	-21,564 [*]	0,000	-13,675 [*]	0,000
	E. Secund.	-52,656 [*]	0,000	-36,294 [*]	0,000	-30,110 [*]	0,000	-31,616 [*]	0,000	-28,630 [*]	0,000	-15,520 [*]	0,000	-27,887 [*]	0,000	-21,585 [*]	0,000	-37,669 [*]	0,000	-23,406 [*]	0,000
	E. Superir	-56,743 [*]	0,000	-44,777 [*]	0,000	-34,781 [*]	0,000	-36,964 [*]	0,000	-28,815 [*]	0,000	-19,283	0,000	-33,282 [*]	0,000	-22,811 [*]	0,000	-43,316 [*]	0,000	-26,047 [*]	0,000
SLEE	NSLNE	19,373 [*]	0,000	4,654	0,858	11,677	0,075	11,420 [*]	0,006	13,029 [*]	0,004	3,583	0,913	4,825	0,841	10,433 [*]	0,043	11,781 [*]	0,003	7,967	0,123
	E. Básico	-13,861 [*]	0,000	-14,297 [*]	0,000	-4,842	0,549	-6,131	0,070	-5,867	0,159	-4,651	0,488	-9,498 [*]	0,022	-2,813	0,828	-9,783 [*]	0,000	-5,707	0,101
	E. Secund.	-33,284 [*]	0,000	-31,640 [*]	0,000	-18,433 [*]	0,000	-20,200 [*]	0,000	-15,600 [*]	0,000	-11,938 [*]	0,000	-23,062 [*]	0,000	-11,152 [*]	0,000	-25,889 [*]	0,000	-15,438 [*]	0,000
	E. Super.	-37,370 [*]	0,000	-40,122 [*]	0,000	-23,104 [*]	0,000	-25,544 [*]	0,000	-15,785 [*]	0,000	-15,700 [*]	0,000	-28,457 [*]	0,000	-12,378 [*]	0,000	-31,535 [*]	0,000	-18,080 [*]	0,000
E. Básico	NSLNE	33,233 [*]	0,000	18,952 [*]	0,000	16,519 [*]	0,000	17,551 [*]	0,000	18,896 [*]	0,000	8,234	0,135	14,323 [*]	0,002	13,245 [*]	0,000	21,564 [*]	0,000	13,675 [*]	0,000
	SLEE	13,861 [*]	0,000	14,297 [*]	0,000	4,842	0,549	6,131	0,070	5,867	0,159	4,651	0,488	9,498 [*]	0,022	2,813	0,828	9,783 [*]	0,000	5,707	0,101
	E. Secund.	-19,423 [*]	0,000	-17,342 [*]	0,000	-13,591 [*]	0,000	-14,064 [*]	0,000	-9,733 [*]	0,000	-7,286 [*]	0,001	-13,548 [*]	0,000	-8,340 [*]	0,000	-16,105 [*]	0,000	-9,731 [*]	0,000
	E. Super.	-23,510 [*]	0,000	-25,825 [*]	0,000	-18,262 [*]	0,000	-19,413 [*]	0,000	-9,918 [*]	0,000	-11,049 [*]	0,000	-18,959 [*]	0,000	-9,565 [*]	0,000	-21,752 [*]	0,000	-12,373 [*]	0,000
E. Sec.	NSLNE	52,656 [*]	0,000	36,29422 [*]	0,000	30,110 [*]	0,000	31,616 [*]	0,000	28,630 [*]	0,000	15,520 [*]	0,000	27,887 [*]	0,000	21,585 [*]	0,000	37,669 [*]	0,000	23,406 [*]	0,000
	SLEE	33,284 [*]	0,000	31,640 [*]	0,000	18,433 [*]	0,000	20,196 [*]	0,000	15,600 [*]	0,000	11,938 [*]	0,000	23,062 [*]	0,000	11,152 [*]	0,000	25,888 [*]	0,000	15,438 [*]	0,000
	E. Básico.	19,423 [*]	0,000	17,342 [*]	0,000	13,591 [*]	0,000	14,064 [*]	0,000	9,733 [*]	0,000	7,286 [*]	0,001	13,563 [*]	0,000	8,340 [*]	0,000	16,1051	0,000	9,731 [*]	0,000
	E. Super.	-4,087	0,330	-8,482 [*]	0,002	-4,671	0,266	-5,349 [*]	0,017	-0,185	1,000	-3,762	0,389	-5,395	0,148	-1,226	0,971	-5,647 [*]	0,007	-2,642	0,547
E. Super.	NSLNE	56,74325 [*]	0,000	44,777 [*]	0,000	34,781 [*]	0,000	36,964 [*]	0,000	28,815 [*]	0,000	19,283 [*]	0,000	33,282 [*]	0,000	22,811 [*]	0,000	43,316 [*]	0,000	26,047 [*]	0,000
	SLEE	37,37034 [*]	0,000	40,122 [*]	0,000	23,104 [*]	0,000	25,544 [*]	0,000	15,785 [*]	0,000	15,700 [*]	0,000	28,457 [*]	0,000	12,378 [*]	0,000	31,535 [*]	0,000	18,080 [*]	0,000
	E. Básico	23,50982 [*]	0,000	25,825 [*]	0,000	18,262 [*]	0,000	19,413 [*]	0,000	9,918 [*]	0,000	11,049 [*]	0,000	18,959 [*]	0,000	9,565 [*]	0,000	21,752 [*]	0,000	12,373 [*]	0,000
	E. Secund.	4,08680	0,330	8,483 [*]	0,002	4,671	0,266	5,349 [*]	0,017	0,185	1,000	3,762	0,389	5,395	0,148	1,226	0,971	5,647 [*]	0,007	2,642	0,547

ANEXO X

PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Teste de Scheffé- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação a situação profissional

Situação profissional		Mean Diffe.	S	Situação profissional		Mean diffe.	Sig	Situação profissional		Mean diffe.	Sig	Situação profissional		Mean diffe.	Sig
Activos	Desemp.	11,49331 [*]	0,000	Desemp	Activos	-11,49331 [*]	0,000	R. Idade	Activos	-20,65233 [*]	0,000	R. Doença	Activos	-29,08159 [*]	0,000
	R. Idade	20,65233 [*]	0,000		R. Idade	9,15902 [*]	0,000		Desemp.	-9,15902 [*]	0,000		Desemp.	-17,58827 [*]	0,000
	R. Doença	29,08159 [*]	0,000		R. Doença	17,58827 [*]	0,000		R. Doença	8,42925 [*]	0,001		R. Idade	-8,42925 [*]	0,001

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Teste de scheffe – Percepção da qualidade de vida: Sf- 36 v2 em relação a actividade profissional por dimensões.

Situação profissional	FF		DF		DR		SG		VT		FS		DE		SM		CF		CM		
	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	
Activo/a	Desemp.	10,333 [*]	0,000	13,567 [*]	0,000	12,899 [*]	0,000	12,424 [*]	0,000	7,918 [*]	0,001	11,964 [*]	0,000	13,259 [*]	0,000	9,583 [*]	0,000	12,306 [*]	0,000	10,681 [*]	0,000
	Ref. I.	35,656 [*]	0,000	29,901 [*]	0,000	20,558 [*]	0,000	21,943 [*]	0,000	17,410 [*]	0,000	8,566 [*]	0,000	20,907 [*]	0,000	10,276 [*]	0,000	27,015 [*]	0,000	14,290 [*]	0,000
	Ref. D.	41,664 [*]	0,000	39,945 [*]	0,000	31,058 [*]	0,000	27,971 [*]	0,000	23,399 [*]	0,000	18,451 [*]	0,000	29,870 [*]	0,000	20,294 [*]	0,000	35,160 [*]	0,000	23,004 [*]	0,000
Desemp.	Activo/a	-10,333 [*]	0,000	-13,567 [*]	0,000	-12,899 [*]	0,000	-12,424 [*]	0,000	-7,918 [*]	0,001	-11,964 [*]	0,000	-13,259 [*]	0,000	-9,583 [*]	0,000	-12,306 [*]	0,000	-10,681 [*]	0,000
	Ref. I	25,323 [*]	0,000	16,334 [*]	0,000	7,659 [*]	0,044	9,519 [*]	0,000	9,492 [*]	0,000	-3,398	0,589	7,648	0,052	0,694	0,992	14,709 [*]	0,000	3,609	0,350
	Ref. D	31,330 [*]	0,000	26,378 [*]	0,000	18,159 [*]	0,000	15,547 [*]	0,000	15,482 [*]	0,000	6,487	0,207	16,611 [*]	0,000	10,711 [*]	0,002	22,854 [*]	0,000	12,322 [*]	0,000
Ref. Idade	Activo/a	-35,656 [*]	0,000	-29,901 [*]	0,000	-20,558 [*]	0,000	-21,943 [*]	0,000	-17,410 [*]	0,000	-8,566 [*]	0,000	-20,907 [*]	0,000	-10,277 [*]	0,000	-27,015 [*]	0,000	-14,290 [*]	0,000
	Desemp.	-25,323 [*]	0,000	-16,334 [*]	0,000	-7,659 [*]	0,044	-9,519 [*]	0,000	-9,492 [*]	0,000	3,398	0,589	-7,648	0,052	-0,694	0,992	-14,709 [*]	0,000	-3,609	0,350
	Ref. D.	6,007	0,205	10,044 [*]	0,015	10,500 [*]	0,008	6,028	0,080	5,989	0,123	9,885 [*]	0,005	8,963 [*]	0,039	10,017 [*]	0,001	8,145 [*]	0,004	8,714 [*]	0,002
Ref. Doença	Activo/a	-41,664 [*]	0,000	-39,945 [*]	0,000	-31,058 [*]	0,000	-27,971 [*]	0,000	-23,399 [*]	0,000	-18,451 [*]	0,000	-29,870 [*]	0,000	-20,294 [*]	0,000	-35,159 [*]	0,000	-23,004 [*]	0,000
	Desemp.	-31,331 [*]	0,000	-26,378 [*]	0,000	-18,159 [*]	0,000	-15,547 [*]	0,000	-15,482 [*]	0,000	-6,487	0,207	-16,611 [*]	0,000	-10,711 [*]	0,002	-22,854 [*]	0,000	-12,322 [*]	0,000
	Ref. I	-6,007	0,205	-10,044 [*]	0,015	-10,500 [*]	0,008	-6,028	0,080	-5,989	0,123	-9,885 [*]	0,005	-8,963 [*]	0,039	-10,017 [*]	0,001	-8,145 [*]	0,004	-8,714 [*]	0,002

ANEXO XI

PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DO RENDIMENTO

Teste de Scheffé- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação ao rendimento

Rendimento	Mean	S	Rendimento	Mean	Sig
	Diffe.			diffe.	
< 500€	500-999 €	-10,81143*	500-999 €	<500€	10,81143*
	1000-1499 €	-17,60809*		1000-1499 €	-6,79666*
	1500-2000 €	-19,51928*		1500-2000 €	-8,70785*
	>2000 €	-21,44229*		>2000 €	-10,63086*
1000-1499€	<500€	17,60809*	1500-2000€	<500€	19,51928*
	500-999€	6,79666*		500-999€	8,70785*
	1500-2000 €	-1,91119		1500-2000 €	1,91119
	>2000 €	-3,83420		>2000 €	-1,92301
>2000€	<500€	21,44229*			
	500-999€	10,63086*			
	1000-1499 €	3,83420			
	1500-2000 €	1,92301			

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Teste de scheffe – Percepção da qualidade de vida: SF- 36 v2 em relação ao rendimento por dimensões.

Rendimento familiar	FF		DF		DR		SG		VT		FS		DE		SM		CF		CM		
	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	Mean	S	
< 500€	500-999€	-14,594*	0,000	-11,458*	0,000	-10,268*	0,000	-12,000*	0,000	-10,671*	0,000	-7,355*	0,001	-12,013*	0,000	-8,133*	0,000	-12,080*	0,000	-9,543*	0,000
	1000-1499€	-24,925*	0,000	-23,570*	0,000	-19,031*	0,000	-16,398*	0,000	-12,933*	0,000	-13,684*	0,000	-18,440*	0,000	-11,882*	0,000	-20,981*	0,000	-14,235*	0,000
	1500-2000€	-28,182*	0,000	-26,598*	0,000	-20,722*	0,000	-19,017*	0,000	-14,537*	0,000	-14,455*	0,000	-19,931*	0,000	-12,714*	0,000	-23,629*	0,000	-15,409*	0,000
	> 2000€	-25,623*	0,000	-28,751*	0,000	-23,865*	0,000	-19,067*	0,000	-15,807*	0,000	-17,970*	0,000	-24,078*	0,000	-16,378*	0,000	-24,326*	0,000	-18,558*	0,000
500-999€	< 500€	14,594*	0,000	11,458*	0,000	10,268*	0,000	12,000*	0,000	10,670*	0,000	7,355*	0,001	12,013*	0,000	8,134*	0,000	12,080*	0,000	9,543*	0,000
	1000-1499€	-10,332*	0,000	-12,112*	0,000	-8,763*	0,003	0,4398	0,180	-2,262	0,821	-6,330*	0,032	-6,428	0,088	-3,748	0,368	-8,901*	0,000	-4,692	0,081
	1500-2000€	-13,588*	0,000	-15,140*	0,000	-10,454*	0,005	-7,016*	0,031	-3,866	0,561	-7,010	0,065	-7,912	0,084	-4,580	0,370	-11,550*	0,000	-5,866	0,070
	> 2000€	-11,029*	0,017	-17,293*	0,000	-13,597*	0,001	-7,067	0,088	-5,136	0,413	-10,615*	0,005	-12,065*	0,006	-8,245*	0,035	-12,247*	0,000	-9,015*	0,004
1000-1499€	<500€	24,925*	0,000	23,570*	0,000	19,031*	0,000	16,398*	0,000	12,933*	0,000	13,685*	0,000	18,440*	0,000	11,882*	0,000	20,981*	0,000	14,235*	0,000
	500-999€	10,332*	0,000	12,112*	0,000	8,763*	0,003	4,398	0,180	2,262	0,821	6,330*	0,032	6,428	0,088	3,748	0,368	8,901*	0,000	4,692	0,081
	1500-2000€	-3,256	0,870	-3,028	0,910	-1,691	0,986	-2,619	0,857	-1,605	0,977	-0,770	0,999	-1,491	0,992	-0,831	0,998	-2,650	0,849	-1,174	0,989
	>2000€	-0,698	1,000	-5,181	0,689	-4,834	0,698	-2,669	0,900	-2,874	0,889	-4,285	0,694	-5,637	0,580	-4,500	0,585	-3,345	0,793	-4,323	0,518
1500-2000€	<500€	28,181*	0,000	26,751*	0,000	20,722*	0,000	19,016*	0,000	14,537*	0,000	14,455*	0,000	19,931*	0,000	12,714*	0,000	-23,630*	0,000	15,409*	0,000
	500-999€	13,588*	0,000	15,140*	0,000	10,454*	0,005	7,016*	0,031	3,866	0,561	7,010	0,065	7,918	0,084	4,580	0,370	11,550*	0,000	5,866	0,070
	1000-1499€	3,256	0,870	3,028	0,910	1,691	0,986	2,618	0,875	1,604	0,977	0,7010	0,999	1,490	0,992	0,831	0,998	2,648	0,849	1,174	0,989
	>2000€	2,559	0,975	-2,153	0,989	-3,143	0,944	-0,050	1,000	-1,270	0,996	-5,515	0,875	-4,146	0,867	-3,665	0,820	-0,700	1,000	-3,1491	0,844
>2000€	<500€	25,623*	0,000	28,751*	0,000	23,865*	0,000	19,067*	0,000	15,807*	0,000	17,970*	0,000	24,078*	0,000	16,378*	0,000	24,326*	0,000	18,558*	0,000
	500-999€	11,029*	0,017	17,293*	0,000	13,597*	0,001	7,067	0,088	5,136	0,413	10,615*	0,005	12,064*	0,006	8,245*	0,035	12,247*	0,000	9,015*	0,004
	1000-1499€	0,698	1,000	5,180	0,689	4,834	0,698	2,669	0,900	2,874	0,889	4,285	0,694	5,637	0,580	4,500	0,585	3,345	0,793	4,323	0,518
	1000-1499€	-2,559	0,975	2,153	0,989	3,143	0,944	0,050	1,000	1,270	0,996	3,515	0,875	4,146	0,867	3,665	0,820	0,700	1,000	3,149	0,844

ANEXO XII

PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

Teste de Scheffé- Percepção da qualidade de vida: SF-36 v2 em relação aos problemas de saúde

Problemas de saúde		Mean Diffe.	S	Problemas de saúde		Mean diffe.	Sig
Nenhum	Um	15,43275 [*]	0,000	Um	Nenhum	-15,43275 [*]	0,000
	Dois	22,95617 [*]	0,000		Dois	7,52343 [*]	0,000
	Mais dois	33,21770 [*]	0,000		Mais dois	17,78495 [*]	0,000
Dois	Nenhum	-22,95617 [*]	0,000	Mais Dois	Nenhum	-33,21770 [*]	0,000
	Um	-7,52343 [*]	0,000		Um	-17,78495 [*]	0,000
	Mais dois	10,26152 [*]	0,000		Dois	-10,26152 [*]	0,000

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Teste de Scheffé - Percepção da qualidade de vida SF-36 v2 em função dos problemas de saúde

Doenças		Mean Diffe.	S	Doenças		Mean diffe.	Sig
Endócrinas	Cancro	9,54905	0,716	Cancro	Endócrinas	-9,54905	0,716
	CArdiov	-4,40234	0,906		Cardiov	-13,95139	0,159
	Renais	-0,83202	1,000		Renais	-10,38107	0,674
	Ósseas	7,05609	0,446		Ósseas	-2,49296	1,000
	Mentais	12,00500 [*]	0,035		Mentais	2,45595	1,000
	Outros	5,07189	0,963		Outros	-4,47716	0,997
Cardiovas	Endócrinas	4,40234	0,906	Renais	Endócrinas	,83202	1,000
	Cancro	13,95139	0,159		Cancro	10,38107	0,674
	Renais	3,57032	0,985		Cardiov.	-3,57032	0,985
	Ósseas	11,45843 [*]	0,001		Ósseas	7,88811	0,456
	Mentais	16,40734 [*]	0,000		Mentais	12,83702 [*]	0,046
	Outras	9,47423	0,354		Outros	5,90391	0,942
Ósseas	Endocrinas	-7,05609	0,446	Mentais	Endócrinas	-12,00500 [*]	0,035
	Cancro	2,49296	1,000		Cancro	-2,45595	1,000
	Cardiov.	-11,45843 [*]	0,001		Cardiov.	-16,40734 [*]	0,000
	Renais	-7,88811	0,456		Renais	-12,83702 [*]	0,046
	Mentais	4,94891	0,877		Ósseas	-4,94891	0,877
	Outros	-1,98420	1,000		Outras	-6,93311	0,842
Outras	Endócrinas	-5,07189	0,963				
	Cancro	4,47716	0,997				
	Cardiov.	-9,47423	0,354				
	Renais	-5,90391	0,942				
	Ósseas	1,98420	1,000				
	Mentais	6,93311	,842				

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Teste de Scheffé - Percepção da qualidade de vida SF-36 v2 em função dos anos de doença

Anos Doença		Mean	S	Anos Doença		Mean	Sig
		Diffe.				diffe.	
0-5 anos	6-10	3,19221	0,616	6-10 anos	0-5	-3,19221	0,616
	11-15	10,29418*	0,001		11-15	7,10197	0,068
	16-20	8,22607*	0,049		16-20	5,03385	0,465
	≥21	10,03992*	0,005		≥21	6,84771	0,142
11-15 anos	0-5	-10,29418*	0,001	16-20	0-5	-8,22607*	0,049
	6-19	-7,10197	0,068		6-10	-5,03385	0,465
	16-20	-2,06812	0,976		11-15	2,06812	0,976
	≥21	-0,25426	1,000		≥21	1,81385	0,988
≥21	0-5	-10,03992*	0,005				
	6-10	-6,84771	0,142				
	11-15	0,25426	1,000				
	16-20	-1,81385	0,988				

*. The mean difference is significant at the 0.05 level

Tempo doença Teste de Scheffé – Percepção da qualidade de vida: SF- 36 v2 em relação ao tempo de doença associadas por dimensões.

Número Anos doença	FF		DF		DR		SG		VT		FS		DE		SM		CF		CM		
	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	
0-5 Anos	6-10 Anos	4,861	0,620	4,684	0,650	2,474	0,940	1,521	0,967	3,578	0,587	4,235	0,544	2,389	0,955	1,796	0,958	3,385	0,656	2,999	0,695
	11-15Anos	17,945*	0,000	14,446*	0,004	9,658	0,091	8,159*	0,030	11,307*	0,001	4,036	0,759	9,244	0,155	7,560	0,106	12,551*	0,000	8,037*	0,032
	16-20Anos	20,691*	0,000	14,566*	0,012	7,644	0,394	4,930	0,524	7,986	0,106	3,705	0,864	2,976	0,967	3,311	0,879	11,958*	0,003	4,495	0,608
	≥21 Anos	18,114*	0,000	15,100*	0,006	12,231*	0,028	5,505	0,384	8,046	0,089	7,324	0,266	9,507	0,201	4,493	0,682	12,737*	0,001	7,3424	0,111
6-10 Anos	0-5 Anos	-4,86095	0,620	-4,684	0,650	-2,474	0,940	-1,521	0,967	-3,578	0,587	-4,235	0,544	-2,389	0,955	-1,796	0,958	-3,385	0,656	-2,999	0,695
	11-15Anos	13,084*	0,013	9,762	0,131	7,184	0,351	6,638	0,131	7,729	0,068	-0,199	1,000	6,854	0,454	5,764	0,351	9,167*	0,019	5,037	0,384
	16-20Anos	15,830*	0,005	9,882	0,204	5,170	0,760	3,409	0,821	4,408	0,676	-0,530	1,000	0,586	1,000	1,516	0,993	8,573	0,077	1,495	0,990
	≥21 Anos	13,253*	0,026	10,416	0,143	9,757	0,140	3,984	0,703	4,468	0,646	3,088	0,921	7,117	0,501	2,697	0,935	9,352*	0,034	4,343	0,622
11-15 Anos	0-5 Anos	-17,945*	0,000	-14,446*	0,004	-9,658	0,091	-8,159*	0,030	-11,307*	0,001	-4,036	0,759	-9,244	0,155	-7,560	0,106	-12,552*	0,000	-8,036*	0,032
	6-10Anos	-13,084*	0,013	-9,762	0,131	-7,184	0,351	-6,638	0,131	-7,729	0,068	0,199	1,000	-6,854	0,454	-5,764	0,351	-9,167*	0,019	-5,037	0,384
	16-20Anos	2,746	0,986	0,121	1,000	-2,014	0,994	-3,229	0,897	-3,321	0,903	-0,331	1,000	-6,268	0,742	-4,248	0,819	-0,594	1,000	-3,542	0,857
	≥21 anos	0,169	1,000	0,654	1,000	2,573	0,984	-2,654	0,944	-3,261	0,904	3,287	0,936	0,263	1,000	-3,067	0,934	0,186	1,000	-0,694	1,000
16-20 Anos	0-5 Anos	-20,691*	0,000	-14,566*	0,012	-7,644	0,394	-4,930	0,524	-7,986	0,106	-3,705	0,864	-2,976	0,967	-3,312	0,879	-11,958*	0,003	-4,495	0,608
	6-10Anos	-15,830*	0,005	-9,882	0,204	-5,170	0,760	-3,409	0,821	-4,408	0,676	0,530	1,000	-0,586	1,000	-1,516	0,993	-8,573	0,077	-1,495	0,990
	11-15Anos	-2,746	0,986	-0,121	1,000	2,014	0,994	3,229	0,897	3,321	0,903	0,331	1,000	6,268	0,742	4,248	0,819	0,594	1,000	3,542	0,857
	≥21 anos	-2,577	0,991	0,534	1,000	4,587	0,903	0,575	1,000	0,060	1,000	3,619	0,930	6,531	0,752	1,181	0,999	0,780	1,000	2,848	0,943
≥ 21 Anos	0-5 Anos	-18,114*	0,000	-15,100*	0,006	-12,231*	0,028	-5,505	0,384	-8,046	0,089	-7,323	0,266	-9,507	0,201	-4,493	0,682	-12,737*	0,001	-7,342	0,111
	6-10Anos	-13,253*	0,026	-10,416	0,143	-9,757	0,140	-3,984	0,703	-4,468	0,646	-3,088	0,921	-7,117	0,501	-2,697	0,935	-9,353*	0,034	-4,343	0,622
	11-15Anos	-0,169	1,000	-0,654	1,000	-2,573	0,984	2,654	0,944	3,261	0,904	-3,287	0,936	-0,263	1,000	3,067	0,934	-0,187	1,000	0,694	1,000
	16-20 anos	2,577	0,991	-0,534	1,000	-4,587	0,903	-0,575	1,000	-0,060	1,000	-3,619	0,930	-6,531	0,752	-1,181	0,999	-0,780	1,000	-2,848	0,943

ANEXO XIII

PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DO NÚMERO DE REFEIÇÕES

Teste de Scheffé – Percepção da qualidade de vida: SF- 36 v2 em relação ao número de refeições de refeições por dimensões.

Número Refeições	FF		DF		DR		SG		VT		FS		DE		SM		CF		CM		
	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	
< 3 Ref.	3 Ref.	12,01413*	0,043	9,90288	0,160	2,15601	0,963	7,80011	0,120	2,01485	0,945	4,32227	0,676	8,16970	0,265	-3,23380	0,802	7,96828	0,126	2,81825	0,827
	4 Ref.	13,35610*	0,017	9,22537	0,207	1,19073	0,993	8,04732	0,098	6,09171	0,322	4,27171	0,679	7,34049	0,355	-0,80244	0,996	7,95488	0,123	4,22537	0,565
	> 4 Ref.	9,04828	0,214	6,10897	0,591	0,94759	0,997	4,06759	0,673	3,20138	0,820	3,12276	0,855	6,06000	0,548	-2,33103	0,918	5,04310	0,527	2,51328	0,875
3 Ref.	<3 Ref.	-12,01413*	0,043	-9,90288	0,160	-2,15601	0,963	-7,80011	0,120	-2,01485	0,945	-4,32227	0,676	-8,16970	0,265	3,23380	0,802	-7,96828	0,126	-2,81825	0,827
	4 Ref.	1,34197	0,931	-0,67752	0,991	-0,96528	0,969	0,24721	0,999	4,07686	0,081	-0,05056	1,000	-0,82921	0,981	2,43136	0,482	-0,01340	1,000	1,40711	0,808
	> 4 Ref.	-2,96585	0,611	-3,79392	0,426	-1,20842	0,955	-3,73252	0,180	1,18653	0,924	-1,19951	0,934	-2,10970	0,809	0,90276	0,963	-2,92518	0,420	-0,30498	0,998
4 Ref.	<3 Ref.	-13,35610*	0,017	-9,22537	0,207	-1,19073	0,993	-8,04732	0,098	-6,09171	0,322	-4,27171	0,679	-7,34049	0,355	0,80244	0,996	-7,95488	0,123	-4,22537	0,565
	3 Ref.	-1,34197	0,931	0,67752	0,991	0,96528	0,969	-0,24721	0,999	-4,07686	0,081	0,05056	0,000	0,82921	0,981	-2,43136	0,482	0,01340	1,000	-1,40711	0,808
	> 4 Ref.	-4,30782	0,256	-3,11640	0,576	-0,24315	1,000	-3,97973	0,118	-2,89033	0,392	-1,14895	0,937	-1,28049	0,945	-1,52860	0,834	-2,91177	0,399	-1,71209	0,735
> 4 Ref.	<3 Ref.	-9,04828	0,214	-6,10897	0,591	-0,94759	0,997	-4,06759	0,673	-3,20138	0,820	-3,12276	0,855	-6,06000	0,548	2,33103	0,918	-5,04310	0,527	-2,51328	0,875
	3 Ref.	2,96585	0,611	3,79392	0,426	1,20842	0,955	3,73252	0,180	-1,18653	0,924	1,19951	0,934	2,10970	0,809	-0,90276	0,963	2,92518	0,420	0,30498	0,998
	4 Ref.	4,30782	0,256	3,11640	0,576	0,24315	1,000	3,97973	0,118	2,89033	0,392	1,14895	0,937	1,28049	0,945	1,52860	0,834	2,91177	0,399	1,71209	0,735

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ANEXO XIV

QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Teste de Scheffé - Percepção da qualidade de vida SF-36 v2 em função regularidade da prática de exercício físico

Regularidade exercício	Mean Diffe.	sig	Regularidade exercício	Mean diffe.	sig		
1 x	2 x Sem.	-0,62361	0,973	2 x	1 x Sem.	0,62361	0,973
Semana	≥ 3 x Sem	1,65384	0,817	Semana	≥ 3 x Sem	2,27745	0,514
≥ 3 x	1 x Sem.	-1,65384	0,817				
Semana	2 x Sem.	-2,27745	0,514				

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ANEXO XV

PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUNÇÃO AO CONSUMO DE ÁLCOOL

Teste de Scheffé - Percepção da qualidade de vida SF-36 v2 em função da frequência de consumo de álcool

Problemas de saúde	Mean Diffe.	sig	Problemas de saúde	Mean diffe.	sig	Problemas de saúde	Mean diffe.	sig			
									Espor.	Espor.	T. Dias
Esper.	Frequ.	-8,09861*	0,014	Frequ.	Espor.	8,09861*	0,014	T. Dias	Espor.	-2,82225	0,468
	Todos Dias	2,82225	0,468		T. Dias	10,92086*	0,0001		Frequ.	-10,92086*	0,001

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Teste de Scheffé – Percepção da qualidade de vida: SF- 36 v2 em relação ao consumo de álcool associadas por dimensões.

Consumo Álcool	FF		DF		DR		SG		VT		FS		DE		SM		CF		CM		
	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	Mean Diffe.	S	
Espora.	Freq.	-8,922	0,074	-8,834	0,104	-8,362	0,125	-2,925	0,623	-10,342*	0,009	-8,255	0,063	-7,918	0,139	-9,229*	0,009	-7,261	0,064	-8,936*	0,008
	To. Dia.	12,365*	0,001	9,035*	0,032	6,089	0,200	6,638*	0,030	-3,188	0,514	-4,368	0,320	2,612	0,730	-6,605*	0,030	8,532*	0,004	-2,887	0,479
Frequ.	Esper.	8,922	0,074	8,836	0,104	8,362	0,125	2,295	0,623	10,342*	0,009	8,255	0,063	7,918	0,139	9,229*	0,009	7,261	0,004	8,936*	0,008
	To. Dia	21,287*	0,000	17,871*	0,000	14,451*	0,004	9,563*	0,011	7,154	0,128	3,887	0,573	10,529*	0,044	2,623	0,709	15,793*	0,000	6,089	0,138
Todos Dias	Esper.	-12,365*	0,104	8,836	0,032	-6,089	0,200	-6,638*	0,030	3,188	0,514	4,368	0,320	-2,612	0,730	6,605*	0,030	-8,832*	0,008	2,887	0,479
	Frequ.	-21,287*	0,000	17,871*	0,000	-14,451*	0,004	-9,563*	0,011	-7,154	0,128	-3,887	0,573	-10,529*	0,044	-2,623	0,709	-15,793*	0,479	-6,047	0,138

