

Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas

PEDRO LOPES FERREIRA
PAULA SANTANA

Várias são as iniciativas de investigação que têm tentado compreender as causas das assimetrias em saúde. De entre os inúmeros factores relacionados com estas variações, este artigo trata os factores demográficos e sócio-económicos, nomeadamente o género, a idade, o estado marital, o nível de instrução, o tipo de actividade profissional e o local de residência. A versão portuguesa do instrumento de medição SF-36 foi usada para medir a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida dos portugueses.

A grande vantagem dos dados normais é o poder interpretativo que proporcionam, permitindo contextualizar as respostas obtidas de vários indivíduos. Neste estudo utilizámos uma amostra ($n = 2459$), tornada representativa da população portuguesa com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, recolhida em entrevistas ao longo de oito meses em 1999. Os valores são apresentados para a amostra total de adultos em idade activa, para homens e mulheres e, em cada um destes grupos, por grupo etário e por tipo de actividade profissional.

Em geral, os indivíduos do sexo masculino, jovens, solteiros, com níveis de instrução mais elevados, trabalhadores não manuais e vivendo em áreas urbanas apresentam valores médios mais elevados do que os indivíduos do sexo feminino, mais idosos, casados, com níveis mais baixos de instrução, trabalhadores manuais e vivendo em áreas urba-

□

Pedro Lopes Ferreira é professor na Faculdade de Economia, Centro de Estudos e Investigação em Saúde, da Universidade de Coimbra. Paula Santana é professora no Instituto de Estudos Geográficos, Centro de Estudos Geográficos, da Universidade de Coimbra.

Submetido à apreciação: 13 de Maio de 2003.

Aceite para publicação: 22 de Agosto de 2003.

nas. A idade não está relacionada com a dimensão de desempenho emocional nem o estado de saúde com as dimensões correspondentes à função social e ao desempenho emocional. O local de residência é um factor importante apenas no que respeita às dimensões «função física», «saúde em geral» e «vitalidade».

Em conclusão, as normas portuguesas são úteis para colocar em contexto as pontuações obtidas nas dimensões de percepção de estado de saúde e de qualidade de vida sempre que o instrumento SF-36 é aplicado a doentes ou mesmo a cidadãos portugueses saudáveis.

Introdução

A maioria dos instrumentos desenhados e orientados para a medição do estado de saúde e qualidade de vida são capazes de avaliar a percepção que cada indivíduo tem de momentos anteriores da sua vida (Bowling, 1995) e, baseada nas suas expectativas, da sua vida no futuro. 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), às áreas geográficas (entre regiões, países ou zonas dentro dos países), às 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. Este artigo analisa alguns destes factores, nomeadamente a idade, o género, o tipo de

profissão, o estado marital, o nível de instrução e o local de residência.

Durante vários anos, nas sociedades ocidentais, acreditou-se que a saúde e a doença eram fenómenos específicos de género: as mulheres viviam mais tempo do que os homens. Contudo, estudos mais recentes demonstraram que a diferença entre géneros varia conforme os indicadores utilizados e a idade (Lahelma *et al.*, 1999). Outros autores referem que as mulheres apresentam uma maior propensão para relatar a doença, quando comparadas com os homens (Macintyre *et al.*, 1999). Na Finlândia, por exemplo, foram detectadas semelhanças e diferenças de níveis de estados de saúde entre homens e mulheres, tendo as mulheres revelado pior estado de saúde do que os homens quando se observam os sintomas somáticos e mentais, as deficiências e as doenças de longa duração; todavia, os homens apresentaram pior estado de saúde após os 50 anos. Estes autores propuseram explicações para as diferenças observadas entre os géneros, completando o estudo com a introdução de outros indicadores, como a idade, a região, o estatuto sócio-económico, o emprego e as relações com a família e com os amigos.

A idade é outro factor a ter em conta, uma vez que o estado de saúde apercebido e as limitações físicas se modificam com a idade. Contudo, alguns autores concluem que o decréscimo da saúde com a idade não é uniforme (Hemingway *et al.*, 1997).

Além disto, a taxa de mortalidade tem estado relacionada, em ambos os géneros, com o tipo de profissão, com o nível de instrução e com a área de residência (Costa e Faggiano, 1994). Em linha com esta investigação, se a mortalidade entre os 18 e os 74 anos dos indivíduos com baixos níveis de instrução fosse a mesma que a dos indivíduos com mais altos níveis de instrução, poderíamos observar uma redução substancial de 40 000 mortes. Em Portugal, um estudo conduzido 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).

O rendimento, medido de forma indirecta pelo tipo de profissão (trabalhadores manuais e não manuais), é outro factor importante de restrição do acesso ao leque de bens e de serviços que possibilitam a melhoria do estado de saúde. É sabido que pessoas provenientes de estratos sócio-económicos menos favorecidos possuem uma maior propensão para a doença e apresentam maiores taxas de mortalidade quando comparadas com os indivíduos em melhor situação económica e social (Kunst e Mackenbach, 1996). Por outro lado, possuem também riscos mais elevados de

contrair doença e piores acessos aos cuidados em termos de quantidade e de qualidade.

A distribuição do rendimento do agregado familiar é uma outra variável que influencia a saúde (Kennedy *et al.*, 1998), independentemente do efeito do rendimento pessoal. Por outro lado, as características sócio-económicas dos espaços em que vivem (factores ambientais, características da comunidade, qualidade e quantidade dos serviços públicos oferecidos) influenciam o estado de saúde, alterando a relação individual entre a classe social e o estado de saúde (Gatrell, 1997).

Com dados normais somos capazes de contextualizar os nossos resultados e de relacionar cada amostra de indivíduos com a média da população em geral. Mesmo doentes em condições de saúde muito particulares podem ser comparados com dados normais (Ware, 1993). Investigação semelhante a esta tem sido realizada, entre outras, para a população norte-americana (McHorney *et al.*, 1994; Ware *et al.*, 1993) e para a adaptação inglesa do SF-36 (Brazier *et al.*, 1992; Jenkinson *et al.*, 1993).

Métodos

Uma amostra do território continental e composta por 2459 indivíduos foi obtida através de entrevistas levadas a cabo em 822 unidades de alojamento de um universo inicial de 850 unidades de alojamento seleccionadas aleatoriamente de entre as áreas urbanas e rurais. Foram tomadas em consideração as principais características dos adultos em idade activa e foram excluídas as unidades de alojamento sempre que, após uma segunda tentativa, não foi possível contactar ninguém. Foram ainda excluídos todos os alojamentos colectivos (escolas, lojas, quartéis de bombeiros, etc.). No final, a população entrevistada correspondeu a 96% dos contactos anteriormente previstos; as recusas foram, embora escassas, mais frequentes nas áreas urbanas.

O desenho da amostra foi baseado em unidades de alojamento e em cada uma destas foram entrevistados todos os indivíduos adultos em idade activa (entre os 18 e os 64 anos). O instrumento de medição usado foi a versão portuguesa do MOS SF-36 já devidamente validada (Ferreira, 2000a e 2000b). Tal como já foi descrito (Ware e Gandek, 1998), este instrumento permite medir oito principais dimensões em saúde, todas elas através de vários itens. A escala de função física (FF) destina-se a medir o impacto na qualidade de vida das limitações físicas, sejam elas em situações como tomar banho ou vestir-se sozinho/a, praticar desportos mais exigentes fisicamente ou mesmo carregar os sacos das compras, ajoelhar-se ou andar uma

determinada distância. As escalas de desempenho medem o impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos (DF) ou a problemas emocionais (DE), ao tipo e à quantidade do trabalho realizado, à necessidade de reduzir o trabalho ou à dificuldade em o realizar. As escalas para a dor (DR) representam não apenas a intensidade e o desconforto causados pela dor, como também de que modo é que esta interfere com o trabalho normal. A escala referente à saúde em geral (SG) mede a percepção holística da saúde, englobando a saúde actual, a resistência à doença e o aspecto saudável. A escala de vitalidade (VT) inclui os níveis de energia e de fadiga e a escala de função social (FS) capta a quantidade e a qualidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas actividades. For fim, a escala de saúde mental (SM) inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico.

A presente versão do SF-36 distingue-se da versão anterior essencialmente nas escalas utilizadas nas perguntas 4, 5 e 9. As duas primeiras, inicialmente com alternativas dicotómicas de resposta, passam a ser medidas numa escala de 5 pontos; a última passou de uma escala de 6 para uma escala de 5 pontos. Esta nova versão é apresentada pela primeira vez em anexo. Para completar a informação dos indivíduos recolhemos também dados sobre o género, a idade, o estado marital, o nível de instrução, a actividade profissional e o local de residência. Por questões operativas, os valores da idade foram agrupados em cinco categorias; o estado marital incluiu os valores «casado/em união de facto», «solteiro», «viúvo», «divorciado» e «separado»; os níveis de instrução foram agrupados em «baixa» (no máximo, ensino básico), «média» (ensino secundário) e «alta» (ensino politécnico ou universitário); a actividade profissional foi classificada em «actividade manual» (operários especializados e não especializados, agricultores, etc.) e «actividade não manual» (patrões, dirigentes, quadros superiores, etc.), «doméstico/a», «reformado/a» e «desempregado/a»; o local de residência incluiu ambas as áreas «rurais» e «urbanas». O *Quadro I* apresenta os dados demográficos da amostra recolhida.

Como, aliás, pode observar-se neste quadro, as distribuições da idade e do género na amostra que obtivemos não coincidem perfeitamente com as distribuições resultantes do censo à população portuguesa realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2001). Os resultados amostrais tiveram então de ser ponderados de modo a poderem ser generalizados para a população activa portuguesa. Os pesos utilizados foram os rácios entre as percentagens dos dados nas diversas categorias na população e as percentagens dos dados nas mesmas categorias na amostra.

E isto foi feito tendo em conta a distribuição conjunta idade-género e as suas dez categorias principais. Para exemplificar, consideremos que existe na população — o universo do qual extraímos a amostra para o inquérito — uma percentagem de 49,0% de homens e 51,0% de mulheres. Nos dados amostrais há uma percentagem de 41,9% de homens e de 58,1% de mulheres, estando as mulheres desta amostra ligeiramente sobrerrepresentadas e, conseqüentemente, os homens sub-representados. Para concluirmos realisticamente a partir da nossa amostra, temos de proceder a ajustamentos nos dados, o que é conseguido dividindo os 49,0% (da população) pelos 41,9% (da amostra), obtendo um peso para os homens de 1,17. O caso das mulheres é semelhante.

Quadro I
Características sócio-demográficas da amostra

	Número de casos	Percentagem
Total	2459	100,0
Género (a):		
Masculino	1030	41,9
Feminino	1429	58,1
Idade (anos) (b):		
18-24	560	22,7
25-34	219	8,9
35-44	1094	44,6
45-54	488	19,9
55-64	96	3,9
Dados omissos	2	—
Estado civil:		
Casado/em união de facto	1709	69,5
Solteiro	626	25,5
Viúvo	53	2,2
Divorciado/separado	71	2,9
Nível de instrução:		
Baixo	1285	52,3
Médio	962	39,2
Alto	209	8,5
Dados omissos	3	—
Actividade profissional:		
Manual/colarinho azul	1023	45,0
Não manual/colarinho branco	783	34,5
Doméstico/em casa	383	16,9
Reformado	41	1,8
Desempregado	38	1,7
Outro	3	0,1
Dados omissos	188	—
Local de residência:		
Urbano/semiurbano	907	36,9
Rural	1552	63,1

(a) Censos 2001: masculino (49,0%); feminino (51,0%).

(b) Censos 2001: 18-24 (16,4%); 25-34 (23,8%); 35-44 (22,7%); 45-54 (20,1%); 55-64 anos (17,0%).

A vantagem da utilização dos dados ajustados é que quaisquer percentagens amostrais calculadas a partir dos dados constituem estimativas não enviesadas das percentagens da população. No entanto, o exemplo apresentado serviu apenas para ilustrar o conceito de ajustamento por nós utilizado. De facto, para proceder a estes ajustamentos não utilizámos as distribuições marginais da idade e do género, mas sim a distribuição conjunta entre estas duas variáveis, como, aliás, foi anteriormente referido.

Em termos de técnicas estatísticas, para além da descrição das várias variáveis de contexto e de estado de saúde (média, percentis 25, 50 e 75, desvio-padrão, amplitude e efeitos de tecto e de chão), utilizámos o teste *t* de Student para variáveis independentes com o objectivo de avaliar a diferença de médias entre sub-amostras. Socorremo-nos também da análise de regressão para explicar os valores das percepções de estado de saúde transmitidas pelos indivíduos com base nas variáveis de contexto. Construíram-se, para este efeito, oito variáveis *dummy*, representando o facto de ser do género feminino (FEM), de ter menos

de 25 anos (ADJOV) ou mais de 54 anos de idade (ADVEL), ser casado ou viver em união de facto (CAS), possuir um nível de instrução, no máximo, básico (INSTB) ou superior (INSTA), ser trabalhador manual (BLUE) ou viver numa região rural (RUR).

Resultados

O *Quadro II* apresenta as estatísticas descritivas respeitantes a cada uma das oito dimensões fornecidas pelo SF-36 na população activa, no total das amostras estratificadas pelo género. Por exemplo, nesta tabela pode observar-se a informação ajustada relativa à média e ao desvio-padrão da dimensão «função física» (respectivamente 75,27 e 26,74), o que nos permite padronizar as pontuações. Nesta mesma tabela apresentamos os percentis de ordem 25, 50 e 75, assim como o respectivo tamanho da amostra, a percentagem de indivíduos no valor mais alto e a percentagem da população activa no valor mais baixo possível das escalas.

Quadro II
Estatísticas descritivas das dimensões do SF-36, total e por género

Amostra total	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Média	75,27	71,21	63,34	55,83	58,43	74,95	73,56	64,04
Desvio-padrão	26,74	25,78	24,90	18,80	25,61	22,80	24,59	22,84
Percentil 25	60,0	56,3	42,0	45,0	40,0	62,5	58,3	52,0
Percentil 50	85,0	75,0	62,0	55,0	60,0	75,0	75,0	68,0
Percentil 75	100,0	100,0	84,0	70,0	75,0	100,0	100,0	84,0
% tecto	25,5	26,1	18,7	0,7	2,5	27,2	30,9	4,9
% chão	0,8	0,4	1,1	0,2	0,8	0,7	0,7	0,3
Homens	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Média	78,82	72,95	68,32	58,84	63,81	77,31	75,50	67,76
Desvio-padrão	25,24	25,86	23,72	17,85	24,63	21,73	24,12	22,23
Percentil 25	65,4	65,4	52,0	47,0	50,0	65,4	65,4	52,0
Percentil 50	90,0	81,3	72,0	60,0	65,0	87,5	83,3	76,0
Percentil 75	100,0	100,0	65,4	72,0	80,0	100,0	100,0	88,0
% tecto	32,6	30,2	25,6	1,2	3,9	31,2	36,4	6,5
% chão	0,8	0,6	0,8	0,1	0,4	0,3	0,8	0,2
Mulheres	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Média	70,25	68,74	56,33	51,57	50,84	71,62	70,80	59,31
Desvio-padrão	27,98	25,46	24,82	19,28	22,04	23,83	24,97	22,74
Percentil 25	55,0	50,0	41,0	40,0	40,0	62,5	58,3	48,0
Percentil 50	80,0	75,0	62,0	52,0	50,0	75,0	75,0	64,0
Percentil 75	95,0	93,7	74,0	67,0	70,0	87,5	100,0	80,0
% tecto	20,4	23,2	13,7	0,4	1,5	24,3	27,0	3,7
% chão	0,8	0,4	1,3	0,4	1,1	0,9	0,6	0,4

Ao comparar os resultados dos homens com os das mulheres, podemos detectar — para todas as dimensões — que as pontuações fornecidas pelos homens são significativamente mais elevadas quando comparadas com as fornecidas pelas mulheres ($p < 0,001$). Ao olhar para os percentis, podemos também constatar

— tal como esperado — que todas as distribuições de percepção do estado de saúde tendem a estar enviesadas para a extremidade correspondente ao melhor estado de saúde.

O *Quadro III* apresenta as normas da população activa para cada grupo etário. É interessante observar

Quadro III
Estatísticas descritivas das dimensões do SF-36 por grupo etário

Idades 18-24		FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Homens e mulheres (N = 560)	Média	85,16	78,33	72,05	63,11	64,84	76,96	75,54	66,79
	Desvio-padrão	23,89	21,25	22,41	17,41	23,06	20,45	22,69	22,28
	Percentil 25	85,0	62,5	62,0	50,0	50,0	62,5	58,3	52,0
	Percentil 50	95,0	81,3	74,0	62,0	65,0	75,0	75,0	72,0
	Percentil 75	100,0	100,0	100,0	77,0	80,0	100,0	100,0	84,0
	% tecto	43,8	27,6	25,2	1,4	1,8	25,2	27,8	3,4
	% chão	0,9	0,2	0,5	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0
Idades 25-34		FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Homens e mulheres (N = 219)	Média	78,62	73,21	65,82	58,64	61,20	77,39	74,08	65,48
	Desvio-padrão	28,08	26,01	24,44	18,49	23,89	22,12	24,35	22,88
	Percentil 25	60,0	56,3	48,8	45,0	40,0	62,5	58,3	48,0
	Percentil 50	95,0	81,3	62,0	57,0	60,0	87,5	75,0	68,0
	Percentil 75	100,0	100,0	81,0	72,0	75,0	100,0	100,0	84,0
	% tecto	32,1	25,1	17,9	0,5	1,4	29,7	29,7	2,7
	% chão	1,4	1,4	0,9	0,5	0,0	0,5	0,5	0,0
Idades 35-44		FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Homens e mulheres (N = 1094)	Média	74,64	73,85	62,97	56,25	58,81	76,74	76,05	63,49
	Desvio-padrão	26,09	24,44	24,70	17,83	25,77	21,60	24,34	22,95
	Percentil 25	55,0	56,3	41,0	45,0	40,0	62,5	58,3	52,0
	Percentil 50	80,0	75,0	62,0	55,0	55,0	75,0	83,3	68,0
	Percentil 75	95,0	100,0	74,0	67,0	75,0	100,0	100,0	84,0
	% tecto	20,9	28,2	18,2	0,6	2,8	29,1	33,8	5,7
	% chão	0,6	0,4	0,9	0,2	0,9	0,6	0,8	0,3
Idades 45-54		FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Homens e mulheres (N = 488)	Média	71,42	71,19	59,44	52,94	54,85	73,43	74,64	60,76
	Desvio-padrão	26,05	24,77	24,66	18,98	26,25	22,59	24,46	24,02
	Percentil 25	55,0	50,0	41,0	40,0	40,0	62,5	58,3	48,5
	Percentil 50	80,0	75,0	62,0	52,0	55,0	75,0	75,0	64,0
	Percentil 75	95,0	93,8	74,0	67,0	75,0	100,0	100,0	84,0
	% tecto	16,0	23,7	15,2	0,6	3,5	25,4	31,2	6,1
	% chão	0,6	0,6	1,2	0,0	0,8	0,6	0,8	0,8
Idades 55-64		FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Homens e mulheres (N = 96)	Média	61,59	55,66	49,84	44,00	44,86	65,81	63,67	64,15
	Desvio-padrão	24,77	26,25	23,52	15,94	24,94	26,41	25,40	15,70
	Percentil 25	45,0	37,5	34,3	30,0	30,0	50,0	41,7	47,0
	Percentil 50	62,5	50,0	52,0	45,0	50,0	68,8	66,7	60,0
	Percentil 75	83,8	75,0	62,0	55,0	60,0	87,5	83,3	76,0
	% tecto	4,2	9,4	6,3	0,0	1,0	19,8	17,7	3,2
	% chão	1,0	0,0	5,2	1,1	5,2	3,1	0,0	1,1

que, em especial para as primeiras cinco dimensões — as mais relacionadas com a componente física —, as pontuações médias diminuem significativamente com a idade ($p < 0,001$). Este resultado é também visível na dimensão «vitalidade», possivelmente devido à relação conceptual e empírica que esta dimensão mantém com a componente física da saúde. A dimensão de desempenho emocional, por outro lado, não se altera quando os jovens são comparados com os mais idosos. Apresenta, todavia, uma associação significativa quando consideramos as dimensões «função social» e «saúde mental» ($p < 0,05$).

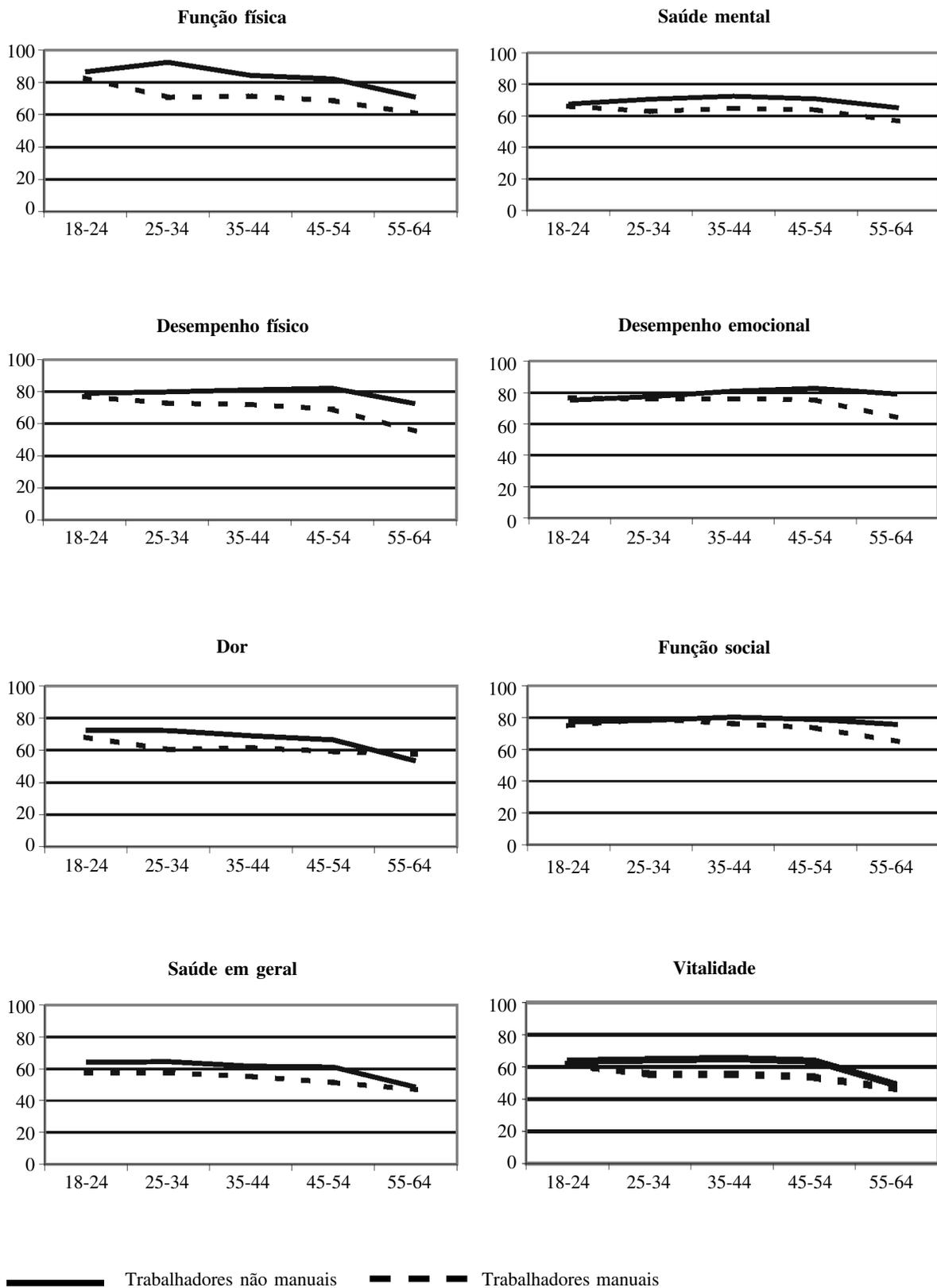
No que concerne às actividades profissionais, analisámos (*Quadro IV*) as distribuições das oito dimensões de estado de saúde para cada um dos principais agrupamentos: trabalhadores manuais e não manuais. É visível que os trabalhadores manuais tendem a aperceber-se — para todas as dimensões — mais negativamente do seu estado de saúde do que os trabalhadores não manuais ($p < 0,001$). O gráfico da *Figura 1* ilustra esta conclusão também para cada grupo etário.

O estado marital dos indivíduos — uma variável de certo modo representativa do isolamento em que as pessoas estão — foi também estudado com o objec-

Quadro IV
Estatísticas descritivas das dimensões do SF-36 por tipo de actividade

Manuais		FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
(N = 1023)	Média	72,37	71,81	62,50	55,07	57,53	75,91	75,69	62,62
	Desvio-padrão	27,18	24,00	24,15	17,05	25,32	21,81	23,75	23,10
	Percentil 25	50,00	56,25	41,75	45,00	40,0	62,5	58,3	48,0
	Percentil 50	80,0	75,0	62,0	52,0	55,0	75,0	75,0	64,0
	Percentil 75	95,0	93,8	74,0	67,0	75,0	100,0	100,0	84,0
	% tecto	20,7	21,8	17,4	0,5	2,3	26,6	32,6	5,1
	% chão	0,9	0,4	1,3	0,0	0,8	0,6	0,5	0,4
Não manuais		FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
(N = 783)	Média	85,10	80,26	70,47	62,53	65,46	78,98	78,74	68,19
	Desvio-padrão	21,49	21,57	23,01	17,56	23,76	20,88	22,55	21,91
	Percentil 25	80,0	68,8	52,0	50,0	50,0	62,5	66,7	56,0
	Percentil 50	95,0	87,5	72,0	62,0	70,0	87,5	83,3	76,0
	Percentil 75	100,0	100,0	84,0	75,5	80,0	100,0	100,0	88,0
	% tecto	37,5	34,4	23,9	0,9	2,6	31,8	35,4	5,0
	% chão	0,5	0,5	0,3	0,0	0,1	0,3	0,6	0,3

Figura 1
Percepções de estado de saúde entre trabalhadores manuais e não manuais



tivo de detectar de que modo esta condição provoca alterações na percepção que os indivíduos têm em relação ao seu estado de saúde. O *Quadro V* mostra-nos os valores descritivos das oito dimensões de estado de saúde. As inferências estatísticas dizem-nos, de novo, que as dimensões físicas avaliadas pelos solteiros correspondem a valores mais altos (mais saudáveis) do que as fornecidas pelos casados ($p < 0,001$). No campo das dimensões mentais, a «vitalidade» apresentou uma diferença altamente significativa ($p < 0,001$), a «saúde mental» uma diferença mediamente significativa ($p < 0,01$) e as diferenças nas dimensões «função social» e «desempenho emocional» não se mostraram significativas.

O nível de instrução foi também estudado. Encontrámos que 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 ($p < 0,001$). Os valores descritivos correspondentes são apresentados no *Quadro VI*.

Por fim, no *Quadro VII* apresentamos os resultados correspondentes ao local de residência. Os indivíduos que vivem nas áreas urbanas apresentam valores mais altos de qualidade de vida do que aqueles que vivem em áreas rurais. Isto é estatisticamente provado para as dimensões «função física», «saúde em geral» e «vitalidade» ($p < 0,001$).

De notar que todos os seis quadros anteriores (*II a VII*) apresentam os valores descritivos, não tendo em conta qualquer relação entre as variáveis seleccionadas e quaisquer outras variáveis de contexto. De facto, para possuímos uma melhor compreensão das relações entre as várias variáveis de contexto utilizadas e as percepções transmitidas pelas pessoas realizámos várias regressões, tentando explicar cada uma

Quadro V
Estatísticas descritivas das dimensões do SF-36 por estado civil

Casados/em união de facto	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Média	72,65	71,78	61,19	54,66	57,21	75,93	74,65	62,74
Desvio-padrão	26,57	25,19	24,50	18,17	25,90	22,03	24,93	23,04
Percentil 25	55,0	55,0	41,0	40,0	40,0	62,5	58,3	52,0
Percentil 50	80,0	75,0	62,0	55,0	55,0	75,0	75,0	64,0
Percentil 75	95,0	100,0	74,0	67,0	75,0	100,0	100,0	84,0
% tecto	19,0	25,6	16,1	0,5	2,8	28,2	32,3	5,7
% chão	0,7	0,5	1,0	0,2	1,1	0,7	0,7	0,4
Solteiros	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Média	85,30	78,31	72,05	62,86	64,64	76,72	75,69	66,92
Desvio-padrão	23,87	21,88	22,75	17,52	23,43	20,93	22,74	22,64
Percentil 25	85,0	62,5	62,0	50,0	50,0	62,5	58,3	52,0
Percentil 50	95,0	81,2	74,0	62,0	65,0	75,0	75,0	72,0
Percentil 75	100,0	100,0	100,0	77,0	80,0	90,6	100,0	84,0
% tecto	44,5	28,1	25,4	1,3	1,8	24,9	28,3	3,0
% chão	0,8	0,3	0,6	0,0	0,0	0,6	0,3	0,0

Quadro VI
Estatísticas descritivas das dimensões do SF-36 por nível de instrução

Instrução baixa (básico ou menos)		FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
(N = 1285)	Média	67,38	67,17	58,13	51,47	52,95	73,03	71,32	60,55
	Desvio-padrão	27,96	25,80	24,82	18,10	26,34	22,90	25,84	23,40
	Percentil 25	45,0	50,0	41,0	40,0	40,0	62,5	50,0	48,0
	Percentil 50	75,0	68,7	62,0	50,0	50,0	75,0	75,0	64,0
	Percentil 75	90,0	87,5	74,0	62,0	70,0	87,5	100,0	80,0
	% tecto	15,3	19,2	14,2	0,7	2,5	24,4	26,9	4,8
	% chão	1,1	0,6	1,6	0,3	1,3	1,0	1,0	0,5
Instrução média (secundário)		FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
(N = 962)	Média	84,20	78,53	68,52	61,29	64,23	77,85	77,44	66,14
	Desvio-padrão	22,56	22,31	23,82	17,54	24,17	20,80	22,91	22,48
	Percentil 25	75,0	62,5	52,0	50,0	50,0	62,5	58,3	52,0
	Percentil 50	95,0	87,5	62,0	62,0	65,0	87,5	83,3	72,0
	Percentil 75	100,0	100,0	84,0	72,0	80,0	100,0	100,0	84,0
	% tecto	36,8	31,5	22,7	0,8	2,4	28,4	34,3	5,0
	% chão	0,4	0,2	0,6	0,0	0,2	0,2	0,2	0,1
Instrução alta (universidade/politécnico)		FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
(N = 209)	Média	87,90	85,10	75,22	65,54	69,71	81,42	82,15	71,92
	Desvio-padrão	17,96	19,02	21,06	17,16	19,72	20,05	20,31	20,30
	Percentil 25	85,0	75,0	62,0	57,0	55,0	68,7	75,0	60,0
	Percentil 50	95,0	93,7	74,0	67,0	70,0	87,5	91,7	80,0
	Percentil 75	100,0	100,0	100,0	77,0	80,0	100,0	100,0	88,0
	% tecto	36,4	44,2	27,8	0,5	3,3	38,3	39,7	4,8
	% chão	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0

Quadro VII
Estatísticas descritivas das dimensões do SF-36 por local de residência

Urbano/semiurbano		FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
(N = 907)	Média	77,37	74,19	64,53	58,25	61,08	75,62	74,85	64,22
	Desvio-padrão	26,40	25,28	24,60	18,76	25,22	21,99	25,21	23,42
	Percentil 25	65,0	56,2	42,0	45,0	45,0	62,5	58,3	52,0
	Percentil 50	90,0	81,2	62,0	57,0	60,0	75,0	83,3	68,0
	Percentil 75	100,0	100,0	84,0	72,0	80,0	100,0	100,0	84,0
	% tecto	30,0	28,7	18,9	0,8	2,4	27,3	31,4	4,6
	% chão	0,8	0,9	0,7	0,1	0,6	0,4	0,9	0,3
Rural		FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
(N = 1552)	Média	74,35	72,27	62,92	55,27	57,20	75,55	74,34	63,21
	Desvio-padrão	26,91	24,59	25,05	18,42	26,05	22,12	24,34	22,92
	Percentil 25	60,0	56,2	42,0	42,0	40,0	62,5	58,3	52,0
	Percentil 50	85,0	75,0	62,0	55,0	55,0	75,0	75,0	68,0
	Percentil 75	95,0	93,7	80,0	67,0	75,0	100,0	100,0	84,0
	% tecto	22,9	24,6	18,6	0,7	2,6	27,1	30,6	5,0
	% chão	0,8	0,2	1,3	0,2	0,9	0,8	0,5	0,3

destas dimensões do SF-36. Os resultados significativos dos vários modelos estão apresentados no *Quadro VIII*.

Deste quadro podemos inferir que, independentemente das outras variáveis de contexto, o género feminino constitui sempre uma condicionante significativa para o decréscimo da percepção do estado de saúde. Semelhante fenómeno ocorre nos indivíduos com uma profissão manual em relação aos restantes. Entrando em conta com as variáveis de contexto em estudo, o facto de ser mais jovem ou casado ou viver num ambiente rural, só por si, nada interfere na percepção que cada indivíduo possui e transmite do seu estado de saúde. Por outro lado, já o ser mais idoso parece interferir negativamente em todas as dimensões do SF-36, com excepção da «função física» e das funções de desempenho.

Com excepção da qualidade de vida limitada pela dor, os indivíduos com um nível de instrução mais baixo apresentam sempre uma percepção de estado de saúde mais deficitária do que as pessoas com níveis mais elevados de instrução. Por outro lado, o possuir um nível de escolaridade superior faz aumentar, com excepção das funções física e social, a percepção que possuem do seu estado de saúde.

Discussão e conclusões

Neste artigo analisámos de que modo as características dos indivíduos afectam as suas percepções e a sua qualidade de vida. Todas as quatro dimensões físicas foram sensíveis ao género, à idade, ao estado marital, ao nível de instrução e ao tipo de ocupação. Em relação ao local de residência, apenas a «função física» e a «saúde em geral» apresentaram níveis significativos de sensibilidade. Para a «vitalidade», a dimensão mental mais relacionada com as dimensões físicas, observou-se um comportamento semelhante. Contudo, as restantes dimensões mentais apresentaram um comportamento diferente. De facto, a dimensão «saúde mental» não foi sensível ao local de residência e mostrou uma ligeira alteração com a idade. Ambas as dimensões «função social» e «desempenho emocional» não foram sensíveis ao estado civil e ao local de residência. Do mesmo modo, a idade não afecta o «desempenho emocional».

Os presentes resultados estão de acordo com a literatura nesta área, onde as mulheres normalmente relatam maiores taxas de morbilidade e menores valores através do SF-36 (Cohen *et al.*, 1995), onde a percepção geral em saúde declina ao longo da idade

Quadro VIII
Resultados significativos das regressões

Variáveis independentes	Variáveis dependentes							
	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Constante	93,65*	86,84*	77,04*	66,85*	70,34*	81,06*	78,23*	75,63*
FEM	-5,23*	-2,19***	-9,85*	-4,24*	-9,66*	-4,31*	-2,91**	-8,63*
ADJOV	-1,86 ns	-0,80 ns	1,38 ns	0,36 ns	0,82 ns	-1,01 ns	-1,15 ns	-2,39 ns
ADVEL	-2,37 ns	-1,20 ns	-4,04**	-3,27**	-3,67**	-3,54**	-0,85 ns	-3,19***
CAS	-4,68 ns	0,30 ns	-4,43 ns	-1,97 ns	0,17 ns	2,17 ns	3,56 ns	0,6 ns
INSTB	-9,81*	-5,37*	-2,02 ns	-3,31a	-4,39*	-2,76***	-2,85***	-2,65***
INSTA	2,12 ns	5,20**	6,36*	4,26**	4,81**	2,47 ns	4,33***	5,72**
BLUE	-7,95*	-5,80*	-5,40*	-4,98*	-5,98*	-3,03***	-2,60***	-5,26*
RUR	-0,25 ns	0,34 ns	-0,13 ns	-1,13 ns	-1,68 ns	0,21 ns	0,61 ns	-0,33 ns

ns — não significativo.

* $p < 0,001$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,05$.

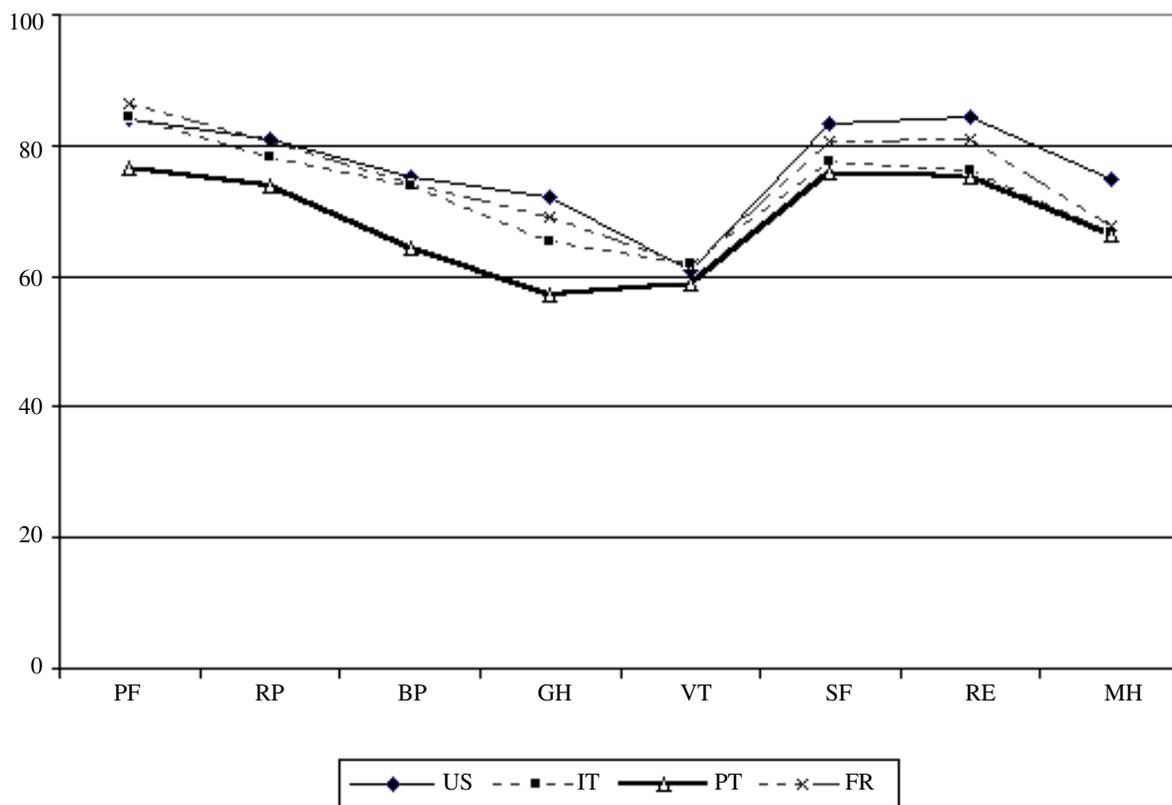
(Hemingway *et al.*, 1997) e onde as classes de menor rendimento económico (trabalhadores de colarinho azul, indivíduos com pouca instrução) apresentam pontuações mais baixas (Kunst e Mackenbach, 1996).

Para terminar a discussão é interessante tecer algumas considerações acerca dos valores obtidos e como se comparam com outras normas. Os valores obtidos neste trabalho referentes ao perfil de saúde seguem o mesmo padrão que os de outros países. A *Figura 2* ilustra a comparação entre os valores portugueses e as normas dos Estados Unidos da América (Ware *et*

al., 1993), da França (Leplège *et al.*, 1998) e da Itália (Apolone e Mosconi, 1998). Os coeficientes de correlação entre os valores portugueses e os de outros países são de 0,89 para a Itália e de 0,90 para os restantes dois países (quadro não apresentado).

Em conclusão, podemos arriscar chamar aos valores obtidos normas portuguesas, pois são resultado de uma amostra ajustada à população portuguesa e parecem demonstrar uma sensibilidade suficiente para passarem a ser usadas para contextualizar os dados recolhidos por futuras pesquisas realizadas em Portugal utilizando a versão portuguesa do SF-36.

Figura 2
Perfis de saúde normais para os EUA, Itália, Portugal e França



□ Referências bibliográficas

APOLONE, G.; MOSCONI, P. — The Italian SF-36 Health Survey : translation, validation and norming. *Journal of Clinical Epidemiology*. 51 : 11 (1998) 1025-1036.

BOWLING, A. — Measuring disease. Buckingham : Open University Press, 1995.

BRAZIER, J. E., *et al.* — Validating the SF-36 health survey questionnaire : new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*. 305 (1992) 160-164.

COHEN, G.; FORBES, J.; GARRAWAY, M. — Interpreting self reported limiting long term illness. *British Medical Journal*. 311 (1995) 722-724.

COSTA, G.; FAGGIANO, F. — Socioeconomic inequalities in health in Italy in the 80s. *Epidemiologia Piemonte*, 1994 (EP/GR/06-b).

FERREIRA, P. L. - Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I : adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*. 13 (2000a) 55-66.

FERREIRA, P. L. — Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II : testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*. 13 (2000b) 119-127.

GATRELL, A. — Structures of geographical and social space and their consequences for human health. *Geografiska Annaler*. 79B (1997) 141-154.

HEMINGWAY, H., *et al.* — Is the SF-36 a valid measure of change in population health? : results from the Whitehall II study. *British Medical Journal*. 315 (1997) 1273-1279.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística — Recenseamento da população e da habitação (Portugal) : censos 2001. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2001.

JENKINSON, C.; COULTER, A.; WRIGHT, L. — The short form 36 (SF-36) health survey questionnaire : normative data for adults of working age. *British Medical Journal*. 306 (1993) 1437-1440.

KENNEDY, B., *et al.* — Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States : multilevel analysis. *British Medical Journal*. 317 (1998) 917-921.

KUNST, A.; MACKENBACH, J. — La mesure des inégalités de santé d'origine socio-économique. Copenhague : OMS Bureau Regional de L'Europe, 1996.

LAHELMA, E., *et al.* — Gender differences in ill health in Finland : patterns, magnitude and change. *Social Science & Medicine*. 48 : 1 (Jan. 1999) 7-19.

LEPLÈGE, A., *et al.* — The French SF-36 health survey : translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*. 51 : 11 (1998) 1013-1023.

MACINTYRE, S.; FORD, G.; HUNT, K. — Do women «over-report» morbidity? : men's and women's responses to structures prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science & Medicine*. 48 (1999) 89-98.

MCHORNEY, C. A.; KOSINSKI, M.; WARE, J. E. — Comparisons of the costs and quality of norms for the SF-36 health survey collected by mail versus telephone interview : results from a national survey. *Medical Care*. 32 (1994) 551-567.

SANTANA, P. — 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, 1995.

WARE, J. E.; GANDEK, B. — Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*. 51 : 11 (1998) 903-912.

WARE, J. E., *et al.* — SF-36 health survey manual and interpretation guide. Boston, MA : New England Medical Center, 1993.

□ Summary

HEALTH STATUS PERCEPTION AND QUALITY OF LIFE IN THE WORKING POPULATION: TOWARDS A DEFINITION OF NORMATIVE DATA

The attempt to understand the causes of health differences has been the reason of an increasing number of research initiatives. Among the various factors related to this variation, this paper addresses the demographic and socio-economic ones, namely gender, age, marital status, education level, type of professional activity and place of residence. The Portuguese version of the SF-36 health survey was used to measure the perception of the health status and quality of life.

The major advantage of normative data is the interpretation power they provide to contextually analyze a respondent's score among scores from several individuals. In this study we used a representative sample ($n = 2,459$) of the Portuguese population aged between 18 and 64 years, collected from September 1998 through April 1999. Norms are presented for the total sample of the adults of working age population, for males and females and, for each of these strata, by age group as well as by type of professional activity.

In general, males, young citizens, single, higher educated and white collar workers living in urban areas show mean scores higher than females, elderly, married, low educated and blue collar workers living in rural areas. Age is not related to the «emotional role» dimension, and the variable marital status is not related to the «social function» and «emotional role» dimensions. The place of residence is an important factor only as far as the «physical function», «general health» and «vitality» dimensions are concerned.

In conclusion, the Portuguese norms will be useful to put the dimensions' scores of health status perception and quality of life in context when the SF-36 instrument is administered to samples of patients or of healthy subjects.

Questionário de estado de saúde (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a) Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escada	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 km	1	2	3
h) Andar várias centenas de metros	1	2	3
i) Andar uma centena de metros	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas quatro semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas quatro semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque, por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se de que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f) Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i) Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.
Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a de que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO